

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

135. K. JAFFE. **Przyczynek do nauki o epidemiczném zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Tom XXX*).

Od czasu, gdy WUNDERLICH, HIRSCH, ZIEMSEN i inni ogłosili pierwsze spostrzeżenia epidemicznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, ilość spostrzeganych wypadków zaczęła szybko wzrastać, pomimo to jednak choroba w mowie będąca pod względem etiologicznym i patologicznym dotychczas bardzo mało i niedokładnie została zbadaną.

Autor na wstępie zwraca uwagę na to, że TÜNGEL jeszcze przed r. 1864 obserwował wypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Autor w Doniesieniach klinicznych TÜNGELA z Hamburgskiego szpitala, wydanych w roku 1862 i 1863 znalazł 6 wypadków przewlekłego zapalenia opon mózgowych, obserwowanych przezeń od roku 1845 do 1863. Między innymi objawami, TÜNGEL zaznacza: stały ból głowy, wymioty, kurcz mięśni karku. Mylne więc jest ogólne przekonanie, jakoby pierwsze spostrzeżenia zrobione zostały w r. 1864.

JAFFÉ obserwował w szpitalu Hamburgskim 17 wypadków epidemicznego zapalenia opon, które zebrał i opisał bardzo dokładnie. Zwiastuny poprzedzały samą chorobę w 10 wypadkach; polegały one na silnych bólach i zawrotach głowy, czasami występowały częste wymioty. Z pośród objawów rozwiniętej choroby stale wyróżnia się: nadzwyczaj silny ból głowy, bredzenie, śpiączka, częste wymioty, bóle w karku, kurcz mięśni karkowych, nie-

rzadko dochodzący do stężenia z pochyle niem głowy ku tyłowi (opisthotonos—tężec tylny). Sekcja wykrywała zawsze ropne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, czasami zmiany samej tkanki mózgowej— jeżeli choroba przyjmowała przebieg przewlekły, także i wodogłowie (*hydrocephalus internus*). Jako objawy tego ostatniego powikłania autor, zgodnie z ZIEMSENEM, przyjmuje: bóle głowy, karku i członków, występujące napadami—przewlekłe wymioty, śpiączkę, drgawki, przedewszystkiem zaś przepuszczające (intermitujące) występowanie dopiero co wyliczonych objawów. Objawy te wraz z wzrastającym charłactwem (*cachexia*) i skłonnością chorych do snu stanowią, zdaniem autora, dokładny obraz puchliny mózgowej.

JAFFÉ utrzymuje, że epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych jest chorobą zakaźną, mającą zupełnie swoisty jad (*Virus*). Choroba może występować sporadycznie i epidemicznie, nadto przedstawia cechy choroby zarazkowo-miażdżycowej. Wbrew poglądom KOCH'a i innych, autor nie uznaje pochodzenia pasorzytowego tego cierpienia, aczkolwiek czasami przedstawia ono pewne podobieństwo do chorób pasorzytowych.

JAFFÉ swoje wypadki obserwował głównie podczas wiosny i lata, częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet (13:4). Co do symptomatologii, to w 14 wypadkach obserwował ból głowy, wymioty w 12—bredzenia w 10—stężenie karku (Nackenstarre) w 16—nadczułość w 8—brak czucia tylko w 1 wypadku. Główniejsze powikłania: ze strony narządu oddechowego 4 razy—choroby serca 2 razy—powiększenie śledziony 3 razy. Choroba trwała najkrócej 2 dni—najdłużej 4 miesiące. Na

17 wypadków, 7 chorych wyzdrowiało, 10 zaś zmarło (59⁰/₆).

Co się wreszcie tyczy leczenia, autor trzymał się rad dawniejszych spostrzegaczy. Lód na kolumnę kręgową i *narcotica* do wewnątrz stanowiły podstawę leczenia. W razie zatrzymania stolca autor podawał kalomel. Kąpiele nie przynosiły żadnego polepszenia. Środki tak zwane przeciwgorączkowe (chinina, kwas salicylowy) autor radzi porzucić zupełnie przy leczeniu epidemicznego zapalenia opon; ani razu bowiem nie widział po nich żadnego polepszenia; oprócz tego środki te mają tę wadę, że pogorszają zwykle i tak już upośledzone trawienie.

H. Goldblum.

136. CHARCOT. **Zjawiska wywoływane prądem elektrycznym stosowanym na sklepienie czaszki u histeryczek w okresie letargicznym hypnotyzmu.** (*Progrès Médical* 1882, N. 2,4).

Rzecz pod powyższym tytułem CH. odczytał w Towarzystwie biologicznym Paryżkiem d. 7 i 21 Stycznia r. b. Objawy spostrzegać się dające u histeryczek w okresie letargicznym hypnotyzmu, cechują się w ogóle powiększoną pobudliwością nerwo-mięśniową — (*hyperexcitabilité neuro-musculaire*). Podczas okresu letargicznego, drażnienie mechaniczne taki wywiera wpływ, jaki w stanie zwykłym tylko elektryczność wywierać jest w stanie (patrz: *Kron. Lek.*, 1881, str. 224). Na zasadzie swoich doświadczeń autor twierdzi, że ową powiększoną pobudliwość nie tylko mięśniom i nerwom przypisać należy, lecz i ośrodkom nerwowym. Doświadczenia robione były za pomocą strumienia galwanicznego w następujący sposób: Wprowadziwszy chorą w stan letargiczny, CH. umieszczał ujemny biegun na linii środkowej mostka, dodatni zaś na guzie czołowym lub też 1—2 cent. po nad uchem; przy otwarciu, częściej zaś przy zamknięciu prądu pojawiał się wyraźny skurcz, bądź mięśni twarzy, bądź kończyny górnej lub dolnej, bądź wszystkich

trzech części razem, lecz zawsze po stronie przeciwnej ciała. Ponieważ przez powyższe umieszczenie biegunów, skurcz mógł zależeć od bezpośredniego drażnienia mięśni lub nerwu twarzonego, autor umieszczał oba bieguny z jednej strony głowy, a mianowicie, jeden na wierzchołku głowy na 2—3 cent. od linii środkowej, na końcu linii przechodzącej przez przewód słuchowy zewnętrzny, mniej więcej w miejscu odpowiadającym tak zwaną *zona motoria corticalis*—drugi zaś—przed i cokolwiek ponad, lub też za uchem 4—5 cent. po nad wyrostkiem sutkowym. Wyniki były te same co i wyżej przytoczone. Doświadczenia te powtórzone na téjże osobie podczas czuwania, przy tych samych warunkach, dały wynik ujemny. Doświadczenia podobne autor wykonał 20 razy na każdej z 5 histeryczek z tym samym skutkiem. CH. więc doszedł do przekonania, że w stanie letargicznym istnieje powiększona pobudliwość mózgu, nie rozwiązuje jednak kwestyi, jakie mianowicie części mózgu przyjmują tu udział. Wykonane w dalszym ciągu podobne doświadczenia na 10 innych histeryczkach dały jednakże wyniki nieco różne od poprzednio otrzymanych, mianowicie: tylko u 4 z owych 10 CH. otrzymał te same wyniki co i wyżej przytoczone (skurcz mięśni twarzy, kończyny górnej lub dolnej po stronie przeciwnej ciała), u 4 skurcz pojawiał się przeważnie *po téjże stronie ciała* (z tych u 3 ch, strumień galwaniczny wywoływał te same zjawiska podczas czuwania), u 2 zaś ostatnich wynik był zupełnie ujemny. Pytanie dla czego przy jednakowych warunkach, u jednych skurcz mięśni pojawia się po stronie przeciwnej ciała, u drugich zaś po téj samej stronie, autor na teraz uważa za niemożliwe do rozstrzygnięcia.

L. Krause.

137. BENEDIKT. **Vorläufige Mittheilung über Nervendehnung.** (*Wiener Med. Presse* 24 Juli 1881). **Weitere vorläufige Mittheilungen über Nervendehnung** l. c. Nr. 39, 40, 41, 42, 45 und 47). **Zur**

Nervendehnung bei Tabes dorsalis.
(*Centralb. f. Nervenheilk. u. Psych.* 1882
Nr. 2).

Autor opisuje 13 wypadków przez siebie dokonanej operacji naciągania nerwów, z których 7 stanowiło wybitne wypadki wiądu rdzenia. BENEDIKT jest zdania, iż operacyjne leczenie cierpienia dokonaniem być winno przez tego, który chorobę tę naukowo zgłębił. Wyniki otrzymane przez autora przy wspomnianem operacyjnem leczeniu są zupełnie zadawalniające. Większa część objawów zwyrodnienia pęczków tylnych rdzenia dzięki operacji podległa widocznej zmianie: bóle, parestezyje, uczucie opasania i znieczulenia znikły—bezład ruchów (ataxia), zaburzenia ze strony pęcherza, uległy poprawie, nawet odruch kolanowy i kurczliwość źrenicy powracały. „Operacja przekształca ciężki przypadek wiądu rdzenia w lżejszy a zadawniony, rzec można, w poczynaający się, w którym już zwykle, w świeżych przypadkach skuteczne środki lecznicze zastosowane być winny.“ W większości przypadków naciągano więcej aniżeli jeden nerw. Z wyjątkiem pierwszego przypadku, w pozostałych naciąganie było słabo dokonywanem. Niebezpieczeństwo dla życia leży w samem naciąganiu nerwu i jest ono przy rozlanem cierpieniu rdzenia większem aniżeli przy zwyrodnieniu tylnych pęczków. Śmierć nastąpiła w jednym wypadku (sposrzech. 5-te) w 9 dni po operacji w skutek odruchowego porażenia ośrodka oddechowego. W miejsce opatrunku Listerowskiego używa autor opatrunku jodoformowego v. MOSETIGA.

Ze szczegółowo podanych 5 opisów choroby przytoczymy tu pierwsze spostrzeżenie w streszczeniu: 39 letni A. Schw. kasyjer—przed 15 laty *ulcus specif.* 1877 amauroza lewego oka—później porażenie lewego *abducens.* W Maju 1880 r. uskarża się na uczucie mrowienia i zmęczenia w nogach, uczucie opasania kolana, oraz czasową *incontinentia urinae.* W Grudniu

1880 r. nagłe pogorszenie: częściowy zanik prawego n. wzrokowego, znieczulenie nóg, uczucie opasania na wysokości pępka, bezład ruchów, w skutek czego w końcu Maja 1881 roku mógł tylko chodzić opierając się na 2-ch laskach. Od-ruchy ścięgniste zniesione, źrenice nieruchome, porażenie pęcherza, *phosphaturia* w wysokim stopniu, jakoteż od 10 miesięcy niemoc płciowa. 3-go Czerwca wykonano naciąganie prawego n. kulszowego (*ischiadicus*) i to tak silne, iż wszystkie mięśnie zawisłe od n. łydkowego (*peroneus*) uległy porażeniu. Zabliźnienie rany nastąpiło ku końcowi Sierpnia. Skutek pooperacyjny: Bóle z początku jeszcze słabe, znikły w zupełności; powrót czucia normalnego w kończynie nieoperowanej, natomiast zwiększona nieczułość w operowanej w ciągu następnych 4-ch tygodni. Uczucie naprężenia w tułowiu oraz opasywania znikły; porażenie pęcherza oraz *phosphaturia* znikły w tydzień po operacji. Ku końcowi 2-go tygodnia chory chodzi prawidłowo bez laski z zamkniętymi oczami. W połowie Lipca chory obejmuje swe czynności jako kasyjer, wtedy też rozpoczęto leczenie galwaniczne oraz podawano żelazo do wewnątrz. Na początku Sierpnia jest już w stanie odbywać 1½ kilometrowe kursa bez wytchnienia. W drugiej połowie Września chory chodzi 4—6 godzin i czuje tylko znużenie w mięśniach porażonych w skutek operacji, które to mięśnie utraciły też faradyczną pobudzalność. Zdolność płciowa po 4-ch tygodniach powróciła. Czucie pokazuje jeszcze dalsze polepszenie.

W ostatniej z powyżej zacytowanych prac, BENEDIKT o tylko co opisanym przypadku mówi co następuje: Na początku Września chory będąc w podróży przeziębził się mocno i powrócił z silnemi napadami duszności (*dyspnoe*). Badanie wykazało *endo-et pericarditis*; później wytworzyła się niedomykalność zastawki. Na 2 dni przed śmiercią chory przyjęty został do kliniki BAMBERGER'A, gdzie skon-

statowano brak głównych objawów cierpienia rdzenia a ostatniego dnia znaleziono nawet wzmocnienie odruchów ścięgniastych. Sekcyja dokonana przez CHIARRI'EGO wykazała: zwężenie lewej i zupełne zamknięcie prawej *a. coronariae cordis*, prócz tego *hypertrophia excentrica cordis* i częściowy zanik zastawki t. głównej. W rdzeniu kręgowym: *szare zwyrodnienie pęczków tylnych na całej długości rdzenia*. Fakt ten dowodzi iż anatomiczne zmiany (szare zwyrodnienie) same przez się nie wyrzekają nic o fizyologicznej sprawności pęczków tylnych. Raz bowiem zmiany te znoszą czynności narządu, drugi raz prawie że nie wpływają na fizyologiczne funkcje. Wynika ztąd iż szare zwyrodnienie nie wyłącza możliwości osiągnięcia pomyślnych skutków leczenia. Drobnowidzowe badanie rdzenia wykazało, prócz zmian zwyrodnienia t. j. rozpadu drobnowłókien, w bardzo wielu miejscach drobne niteczki wychodzące z końców zachowanego włókna nerwowego. Niteczki te autor przyjmuje za nowotworzące się cylindry osiowe. Wyniki szczegółowego badania rdzenia autor zamierza później ogłosić. Autor kończy swoją pracę uwagą iż naciąganie nerwów przy cierpieniach rdzenia ma zupełną rację bytu.

A. Rosenthal.

138. SECRETAN i LARGUIER. **Duży kamień żółciowy wydany przez odbyt.** Calcul biliaire volumineux expulsé par l'anus. (*Rev. Méd. de la Suisse rom.* 1882 Nr. 2).

CARRARD. **Zamknięcie światła kiszki przez kamień żółciowy.** Occlusion intestinale par calcul biliaire. (*Ibidem*).

DUBOIS. **Uwagi dotyczące się dwóch dużych kamieni żółciowych.** Note sur deux calculs biliaires volumineux. (*Ibidem*).

1. SECRETAN i LARGUIER obserwowali chorego, który oddał wraz z kałem kamień żółciowy znacznych rozmiarów. Miał on kształt owalny, długość wynosiła 7—8 ctm., obwód 10 ctm., a średnica po-

przezna 3 1/2 ctm. Składał się z warstw cholesteryny zabarwionej na żółtobrązno przez zmieniony barwnik żółciowy. Autorowie przypuszczają, iż kamień dostał się do kiszki przez patologiczne wytworzone połączenie pomiędzy pęcherzykiem żółciowym i poprzeczną. Do tego przypuszczenia skłania ich ta okoliczność, że w danym wypadku nie było wybitnych objawów żółtaczki ani też długotrwałej kolki wątrobowej, dwóch zjawisk, które by niezawodnie wystąpiły, gdyby tych rozmiarów kamień przechodził przez przewód żółciowy. Zresztą sama możliwość przejścia tak wielkiego kamienia przez przewód żółciowy jest wiecej problematyczną. Wprawdzie ROKITANSKY widział przewód żółciowy (*d. choledochus*) rozszerzony do tego stopnia że mogło przezeń przejść jajko kurze, a FRERICHS znalazł w pewnym wypadku średnicę przewodu żółciowego wynoszącą 5 ctm., jednak większość autorów utrzymuje, że tylko średniej wielkości kamienie żółciowe mogą się dostać do kanału kiszkowego drogą naturalną.

Obserwowany przez autorów chory przedstawiał niektóre bardzo interesujące objawy. Pominąwszy krótkotrwałą kolkę wątrobową i zaburzenia dyspeptyczne, na pierwszy plan wystąpiły objawy nerwowe: bóle w rozmaitych częściach ciała, częściowy zanik lewej połowy ciała z jednoczesną nadczułością, ciągły smutek, płacz i inne jeszcze cięższe zaburzenia psychiczne (*mania, delirium*). Powstanie tych nerwowych objawów autorowie tłumaczą odruchowym wpływem drażnienia kiszki, przez obecność kamienia, na ośrodki nerwowe.

2. CARRARD obserwował chorą, u której wytworzył się ropień wątroby. Ponieważ pod prawym łukiem żebrowym można było wyczuć chełbotanie, przeto ropień otwarto za pomocą ciasta wiedeńskiego, a następnie ranę rozszerzono skalpelem. Po upływie dwóch miesięcy rana się zablizniła. Przez miesiąc chora czuła

się zupełnie dobrze, gdy nagle wystąpiły objawy zamknięcia światła kiszek (wymioty płynem zawierającym pokarmy i żółć bez domieszki kału, zaparcie stolca i t. d.) przy których to objawach zmarła. Zbyt powierzchowne badanie pośmiertne (dokładne zbadanie nie było przez rodzinę zmarłej dozwolonem) wykryło zamknięcie światła кишки częściej przez kamień mający kształt jaja kurzego. Kamień ten był długi na 5 cent., obwód jego wynosił 10,8 ctm., waga zaś 24 grm., składał się z cholesteryny, barwnika żółciowego i prawdopodobnie z wapna. (?) Autor utrzymuje, iż kamień ten dostał się do kiszek przez przetokę prowadzącą od pęcherzyka żółciowego do kanału kiszkiowego. Że nie przeszedł drogą naturalną t. j. przez przewód żółciowy (*d. choledochus*) za tém przemawia brak wybitnej żółtaczki i kolki wątrobowej. Nie mogąc przy badaniu pośmiertnem dokładnie obejrzeć wątroby, autor nie może sobie zdać sprawy ze związku choroby kamieniowej z wytworzonym w wątrobie ropniem.

3. DUBOIS obserwował u chorego, który przed 15 laty przebywał żółtaczkę, objawy częściowego zamknięcia światła kiszek cienkich: Wymioty płynem podobnym z zapachu i wyglądu do zawartości kiszek cienkich, bardzo skąpe wypróżnienia po zadaniu środków przeczyszczających, bóle i wzdęcie górnej części brzucha. Trzeciego dnia choroby, ze stolcami prawidłowo zabarwionemi wyszedł jeden kamień, a nazajutrz przy silnych bólach drugi. Chory wyzdrowiał. Pierwszy kamień ważył 12 grm., miał szerokość 23 mm., a długość 31 mm.; drugi zaś ważył 9 grm., krótsza jego średnica wynosiła 21 mm., dłuższa 30 mm. Oba składały się z cholesteryny, barwnika i soli żółciowych. D. stanowczo utrzymuje, iż kamienie te dostały się do kiszek przez chorobowo wytworzone połączenie pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą, gdyż i w tym wypadku nie było ani żółtaczki ani kolki, a masy kałowe były prawidłowo zabar-

wione. Autor jest zdania, że tej wielkości kamienie, gdyby nawet mogły przebyć kanały żółciowe, ostatecznie nie przeszłyby przez ujście przewodu żółciowego do dwunastnicy. W końcu zwraca uwagę na dwojaki sposób tworzenia się przetok pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a kanałem kiszkiowym. W jednych wypadkach połączenie to następuje przy objawach zapalenia otrzewnej, w innych zaś tworzy się w pęcherzyku żółciowym owrzodzenie, powoli szerzące się w głąb i dochodzące do powierzchni zewnętrznej pęcherzyka, który w tém miejscu zrasta się z organami sąsiednimi, następnie owrzodzenie przechodzi na te organy, i w ten sposób szerząc się dalej wywołuje połączenie pęcherzyka żółciowego z organami sąsiednimi.

M. Rejchman.

139. Dr. UNVERRICHT. **Kliniczne cechy rakowatych wysięków opłucnej.** (*Zeitschr. für klin. Med. IV Bd. p. 79*).

O ile dla anatoma jest rzeczą małej wagi, czy obok przerzutów rakowych w wątrobie, śledzionie, szpiku i t. p. także i opłucna została dotknięta, o tyle przeciwnie pod względem klinicznym bardzo ważnym jest fakt, czy wysięk w jamie opłucnej przy istniejącym raku, zależy od przypadkowego zapalenia, czy też jest objawem przerzutu (*metastasis*) raka z innego miejsca na opłucną. Odróżnienie takie ma szczególnie ważne znaczenie ze względu na rokowanie.

Literatura tego przedmiotu jest dotychczas bardzo skąpa; więcej zajmowali się tą kwestyją francuzcy autorowie (LAENNEC, TROUSSEAU, VIDAL, LÉPINE, ARNAULT de la MENARDIÈRE); z niemieckich wzmiankuje o tém BIRCH-HIRSCHFELD w swęj Anatomii Patologicznej.

Jakkolwiek są pewne cechy rozpoznawcze dla odróżnienia *zapalnego* wysięku opłucnej, od nagromadzenia płynu skutkiem zlogów rakowatych, jednakże już TROUSSEAU wyznaje, iż nie znamy żadnych objawów, pozwalających niewątpliwie jedno cierpienie od drugiego odróżnić. Au-

tor spostrzegł 2 przypadki *Pleuritidis carcinomatosae*, w których znalazł nowe, nieznanne dotąd objawy i na ich zasadzie rozpoznał właściwy punkt wyjścia zapalenia opłucnej, pomimo że się ono w niczym prawie od zwykłego zapalenia nie różniło. Pierwszy przypadek dotyczył chorą, u której cierpienie rozpoczęło się bólami ciągnącymi w okolicy lewej sutki, oraz szybko wzrastającą dusznością; kaszel był bardzo mały, płwocina zwykła, śluzowa, bez krwi i rop. Gdy po tygodniu chora wstąpiła do szpitala, autor przy badaniu znalazł wypuklenie i tępość na lewej połowie klatki piersiowej, przesunięcie wierzchołkowego uderzenia serca na prawo, oraz zupełny brak szmeru oddechowego. Wydalono 1500 grm. czerwonego płynu, poczem chora doznała ulgi, lecz na krótko; przekłucie musiano powtórzyć jeszcze dwukrotnie. Od tego czasu stan widocznie polepszać się zaczął, a po upływie kilku tygodni chora była w stanie szpital opuścić. Cały ten obraz przypominał oczywiście zwykłe zapalenie opłucnej (*Pleuritis haemorrhagica*); jedna rzecz tylko zdziwiła autora, mianowicie brak gorączki. Po jakimś czasie chora zgłosiła się do autora w skutek ponownych zaburzeń w oddychaniu, lecz objawy przedmiotowe nie wskazywały ani śladu wysięku w opłucnej. Tém bardziej przeto zdziwił się, widząc chorą w dwa tygodnie później w szpitalu z takim samym jak dawniej lewostronnym wysiękiem. Prócz tego dostrzegł na klatce piersiowej dziwne zjawisko: Odpowiednio trzem miejscom przekłucia w V i VI międzyżebrowo utworzyły się bez zaczerwienienia skóry, twarde guziczki, dające się przesuwać. Na trzeci dzień wystąpiła gorączka, której dotąd nie było. Aż do śmierci wykonano jeszcze 4 przekłucia; płyn był taki sam, jak poprzednio, a w miejscu każdego przekłucia powoli tworzyły się również podskórne stwardnienia, zlewające się z tamtymi w jedną niekształtną całość. Sekcja wykazała rozszerzenie lewej jamy

opłucnej, wysięk krwawy, a na obu listkach i w mięszu płuca lewego rozsiane drobne guziczki, leżące pośród zgrubiałej, mętnawej tkanki. W dolnej części górnego zrazu mieścił się prócz tego guz wielkości jaja gołębiego, który autor po czytuje za raka pierwotnego, w innych bowiem narządach żadnych śladów raka odnaleźć nie mógł.

W drugim przypadku, pierwotnym siedliskiem raka były gruczoły sutkowe. Chora od 2 miesięcy doznawała niezmierniej duszności, tak iż zmuszoną była porzucić swe zajęcia, a od kilku tygodni wystąpiła powoli, bez żadnej przyczyny, chrypka a następnie zupełny bezgłos. Lewa struna głosowa nie była w stanie żadnych wykonywać ruchów; błona śluzowa krtani i tchawicy prawidłowa. Ponieważ stwierdzono w lewej opłucnej obecność wysięku, wypuszczono 1000 grm. żółtego, przezroczystego płynu; chora czuła się lepiej, lecz bezgłos pozostawał w jednej mierze. Nagle po 2 tygodniach chora dostała dreszczów i umarła wkrótce przy objawach zapalenia płuc i zapaści (*collapsus*). Oprócz obecności pierwiastków rakowych na obu opłucnych i w gruczołach sutkowych, znaleziono jeszcze białawe guziczki w tém miejscu, gdzie opłucna lewa pokrywa łuk aorty, tuż obok nerwu błędnego który był uciśnięty i w stanie zaniku.

Bezład strun głosowych, dość częsty przy nowotworach śródpiersia, nie był dotąd jeszcze przy złojach rakowych w opłucnej spostrzegany. Z tego powodu autor sądzi, iż napotykać bezgłos jednocześnie z wysiękiem w jamie opłucnej, można z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć istnienie raka, nawet gdy wydany płyn jest jasnym i przezroczystym.

W końcu autor dodaje kilka uwag o wykonywaniu przekłucia. Zdawałoby się, że jeśli rozpoznaliśmy rakowate cierpienie opłucnej, nie warto wykonywać tak poważnej operacji, wiedząc, iż

mamy przed sobą chorobę, która wcześniej czy później śmiertelnie zejść musi. Otóż podług autora, co się tyczy wysięku surowiczego lub nawet ropnego, wydalenie go zawsze chorym ulgę przynieść może; przy wysięku krwawym natomiast, należy bardzo oględnie do operacji przystępować, dość znaczna bowiem utrata krwi sprowadza anemię, która jeszcze bardziej wyniszcza chorego. Tylko do wysokiego stopnia posunięta duszność, zagrażająca życiu, może a nawet powinna być wskazaniem do przekłucia klatki piersiowej.

Henryk Pacanowski.

140. E. MASING. **Trzy wypadki zakażenia zimniczego nieprawidłowo przebiegające.** (*St.-Petersb. Med. Woch. N. 5, 1882*).

W trzech opisanych poniżej wypadkach zakażenia zimniczego, brakowało niemal zupełnie obrzmienia śledziony, a krzywizny ciepłoty były tak nieregularne, że rozpoznanie jedynie *à posteriori ex juvantibus* dokonaniem być mogło. Jednocześnie występowały objawy wskazujące na przekrwienie i obrzmienie bądź to kręzkowych lub oskrzelowych gruczołów limfatycznych, bądź też szpiku kostnego. Wiadomo powszechnie, że w stanie fizjologicznym organy te, obdarzone funkcjami bardzo pokrewnymi, wzajemnie zastępować się mogą—żywą ciekawość budzą przeto wypadki, pozwalające mniemać, że coś podobnego istnieć może i odnośnie do ich czynności patologicznych.

1) Wypadek pierwszy dotyczy 20 letniej panny, która po zaziębieniu w czasie miesiączkowania straciła peryjod i dostała silnych bólów w podbrzuszu: wielka bolesność brzucha przy dotykaniu, mdłości, zaparcie stolca—gorączka o typie przepuszczającym nieregularnym bez potów—ani śladu obrzmienia śledziony.

Rozpoznano *peritonitis* i zalecono lód wewnątrz i zewnątrz. Cierpienie ustąpiło po 2-ch tygodniach przy użyciu chininy w ostatnich dniach choroby. W miesiąc później nowy napad, zupełnie do opisane-

go podobny, tylko z niewielkiem obrzmieniem śledziony. Tym razem bóle po kilku dniach osłabły a natomiast wystąpił duży guz śledziony. Wtedy dopiero rozpoznano zimnicę maskowaną i dużemi dawkami chininy usunięto chorobę na czas dłuższy. W pół roku potem, chora bawiąc w innej miejscowości zachorowała raz jeszcze w podobny sposób, również bez obrzmienia śledziony. Lekarz który ją wtedy doglądał pomylił się także, rozpoznając chorobę jako zapalenie otrzewnej. Objawy ostrego nacieczenia gruczołów kręzkowych nie są znane—skoro jednak przewlekłe obrzmienie tych gruczołów mało się różni od przewlekłego (gruźliczego) zapalenia otrzewnej—przypuszczać by można, że ostre ich nacieczenie da obraz zbliżony do ostrego zapalenia otrzewnej. W każdym razie w danym wypadku łatwiej zgodzić się można na ostre zapal. gruczołów kręzkowych pochodzenia zimniczego, aniżeli na ostre zapalenie otrzewnej, któreby po kilku dawkach chininy tak łatwo ustępowało.

2) Chłopiec $3\frac{1}{2}$ lat mający przez 4 miesiące cierpi na objawy silnego nieżytu oskrzeli, nie ustępujące żadnym środkom. W nieregularnych odstępach czasu zjawiają się napady silnej jednodniowej gorączki, poczynające się niekiedy wśród groźnych objawów mózgowych (drgawki) i kończące się bez potów. Podczas takich napadów, objawy nieżytu oskrzeli wzmagają się, tak że wezwani lekarze przypuszczają niejednokrotnie zaczynające się zapalenie płuc. Wyrażnego powiększenia śledziony nie było. Chory ten wyzdrowiał zupełnie przy użyciu dużych dawek chininy i arseniku.

3) Chłopiec 13 letni zapada nagle na ostrą gorączkę o typie ciągłym, nieregularnym. Począwszy od 3-go dnia choroby gwałtowne bóle w kościach (strzałka, kość czołowa i potylicowa)—b. nieznaczne powiększenie śledziony. Wezwani lekarze rozpoznali *osteomyelitis* i chcieli nawet przystąpić do operacyjnego leczenia,

na co jednak rodzice chorego zgodzić się nie chcieli. Chinina dawana aż do objawów zatrucia pozostała bez skutku. Ku końcowi miesiąca od początku choroby wystąpiło znaczne obrzmienie śledziony i wtedy dopiero chinina działać zaczęła, tak że chory w miesiąc później do zupełnego zdrowia powrócił.

W obu ostatnich wypadkach prawdopodobnie istniało również zakażenie zimnicze, które w wypadku Nr. 2 wywołało obrzmienie gruczołów oskrzelowych a w wypadku Nr. 3 przekrwienie szpiku kostnego.

Beyer.

141. W. J. SKABICZEWSKI. **O zmianach w nerwie sympatycznym u suchotników.** (*Wracch N. 2, 1882 r.*).

Wiedząc o zmianach, jakie stale znajdowano w n. błędnym u suchotników (PETER, KOSTIURIN), *a priori* już przypuszczać można, że i nerw sympatyczny, jako naczynio-ruchowy płuc, od zmian podobnych wolnym nie będzie. Z powodu braku zupełnego prac w tym kierunku, autor zajął się zbadaniem tego przedmiotu i badań swych dokonał częścią w War. Szpit. Ujazdowskim, częścią w gabinecie anatomo-patologicznym St.-Petersb. Akademii. Badaniu poddaną była szyjowa część nerwu sympatycznego w 13 wypadkach suchot płucnych, gdzie zmiany były obustronne i w 3-ch, gdzie zmiany były tylko jednostronne.

We wszystkich wypadkach znalazły się wydatne zmiany, tak w samym pniu nerwu, jako też i w zwojach; w dołnych odcinkach nerwu zmiany były wydatniejsze, ku górze stopniowo słabły. W wypadkach jednostronnego zajęcia płuc, po stronie chorój nerw sympatyczny był bardziej zmienionym, ale i po stronie zdrowej zmiany choć mniej znaczne, wykazać się dały.

Zmiany te polegają na zapalnym bujaniu tkanki łącznej z następczym zanikiem elementów nerwowych (naczynio-ziarninowe zapalenie, według określenia autora). W wypadkach o przebiegu szybkim,

znajdował autor w zwojach nerwu przy badaniu drobnowidzowém, rozszerzenie naczyń i drobnokomórkowe nacieczenie tkanki łącznej; same komórki nerwowe przedstawiały się albo normalnie, albo też były obrzmiałe, ziarniste, niektóre z nich w małym stopniu barwnikowo zwyrodniałe. W samym pniu nerwu sympatycznego, spostrzegać się dało także przekrwienie naczyń i drobnokomórkowe nacieczenie—włókna nerwowe albo prawidłowe, albo też cokolwiek obrzmiałe i mniej przezroczyste, to znów nadmierne cienkie, jakby zgniecione.

W wypadkach o przebiegu więcéj przewlekłym, torebka łącznotkankowa zwojów była zgrubiała, w całym zwoju naczynia przekrwione i tkanka łączna w stanie przerostu. Komórki nerwowe bardziej od siebie oddalone, niż zwykle, niektóre tylko dochowały się w stanie więcéj prawidłowym, większa część uległa daleko posuniętemu tłuszczowemu lub barwnikowemu zwyrodnieniu. W samych pniach nerwu sympatycznego, przy dłuższém trwaniu choroby spostrzedz się daje: zgrubienie onerwnej i mnóstwo wrzecionowatych komórek pomiędzy włóknami nerwowymi, w skutek czego te ostatnie uciśnięte, przedstawiają wybitne ślady zaniku.

Za punkt wyjścia całego procesu autor uważa gruczoły oskrzelowe. We wszystkich badanych wypadkach, gruczoły te były sérowato-zwyrodniałe, a otaczająca je tkanka łączna, w której właśnie przebiegają nerwy sympatyczne, zgrubiała i nacieczona barwnikiem. W wypadkach jednostronnego zajęcia gruczołów oskrzelowych, proces rozszerzać się mógł na nerw strony przeciwległej jedynie drogą cienkich anastomoz i dla tego też po stronie zdrowej, zmiany w nerwie były o wiele mniej wydatne.

Czy niektóre objawy u suchotników często spotykane, jako to: ostro ograniczone rumieńce na policzkach, skłonność do potów i t. d. zależą od zmian w ner-

wie sympatycznym, dziś jeszcze rozstrzygnąć nie podobna; potrzeba do tego dalszych doświadczalnych i anatomo-patologicznych badań, któremi autor ma zamiar zająć się w przyszłości. *Beyer.*

142. Dr. LITTEN. **Kilka przypadków pasorzytnego cierpienia nerek.** Einige Fälle von mycotischer Nierenerkrankung. (*Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. IV. H. 1 i 2*).

Autor szczegółowo opisuje dwa spostrzegane przez siebie przypadki pasorzytnego cierpienia nerek. Pierwszy dotyczy 19-letniej robotnicy, przybyłej do szpitala z nieznacznym katarem żołądka. Po 5-ciu dniach chora zaczęła gorączkować, nastąpiły żółciowe wymioty, rozwolnienie, ból w okolicy śledziony, śledziona i wątroba powiększone, ilość moczu znacznie zmniejszona. W przeciągu następnych 7 dni chora oddała 500—600 cc. moczu, przyczem występowały dość częste napady mocznicy przy ciągłej gorączce. Zaczęła puchnąć, wymioty i rozwolnienie zmniejszyły się, lecz nie ustąpiły; w moczu stwierdzić było można obecność białka, cylindry usiane grzybkami i niewielką ilość białych ciałek krwi. Podczas napadu mocznicy 11-go dnia po przybyciu, chora zmarła przy objawach upadku sił. Przy sekcji najważniejsze zmiany znaleziono w nerkach. Były one znacznie powiększone, powierzchnia gładka, ostonka łatwo się zdejmuje, naczynia na powierzchni nastrzyknięte, na przecięciu podstawa piramid znacznie zaczerwieniona, warstwa korowa zgrubiała, zmętniała, spójność nieco powiększona. Pod drobnowidzem kanaliki moczowe przedstawiają żyłakowate rozszerzenia, zawierające w sobie drobno-ziarnistą masę, w kształcie cylindrów, składającą się z grzybków (*mikrokokki*). Takie same masy widać w kłębkach nerkowych, powiększonych. Naczynia słabo kwia napelnione, w niektórych miejscach rozszerzone i napelnione taką samą masą, co i kanaliki, lecz w mniejszej ilości.

Drugi przypadek przez autora obser-

wowany w niczem się nie różni od wyżej przytoczonego. Dotyczy on chorego dotkniętego chronicznem zatruciem wysokowem (*alcoholismus*). Bakteryje w nerkach w ogóle spostrzegać się dają przy wrzodach zewnętrznych, zkaąd za pośrednictwem krwi lub limfy dostają się do nerek i tam się rozwijają, wywołując różne zaburzenia ze strony tych ostatnich. Powstają one również przez bezpośrednie wprowadzenie tych organizmów za pomocą nieczystych narzędzi do cewki moczowej, a także przy zapaleniu miedniczek i nerek, w skutek dyfterytu pęcherza moczowego. W przypadkach spostrzeganych przez L. przyczyna pojawienia się grzybków w nerkach nie może być dokładnie określona, gdyż choroby organów płciowych nie było, ani też innego cierpienia, któreby objaśniało dostanie się grzybków do nerek za pośrednictwem naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Autor też nie przypisuje cierpienia nerek zaburzeniom kanału pokarmowego, które w obydwóch przypadkach miały miejsce, gdyż takowe nie objawiały się w tak wysokim stopniu, jak to bywa przy cierpieniu pasorzytnem żołądka i po śmierci błona śluzowa żołądka i kiszek żadnych ważniejszych zmian nie przedstawiała. Zupełnie analogiczny przypadek samoistnego pasorzytnego cierpienia nerek opisał w 1860 r. BAMBERGER pod mianem *mycosis acutissima renum*. Wyżej opisane zmiany anatomiczne w nerkach i pochodzące ztąd kliniczne objawy, wprawdzie często spotkać można, lecz tylko przy chorobach zakaźnych, a mianowicie przy szkarlatynie, tyfusie powrotnym, gorączce połogowej, a szczególnie przy nosaciznie, dyfterycie krtani, pęcherza moczowego, organów płciowych żeńskich—*nephritis diphtheritica*. (Ob. *Kron. Lek.* r. 1881 str. 489). Opisane przez L. przypadki zasługują na uwagę témbardziej, że żadna widoczna przyczyna, jak to bywa w chorobach zakaźnych, pasorzytnego cierpienia nerek nie objaśnia. Rozpoznanie tég

choroby, zdaniem autora, jedynie ułatwić może pojawienie się w moczu cylindrów, pokrytych grzybkami. *L. Krause.*

143. F. NEUMANN. **Pierwotny mięsak nerek.** Ueber das primäre Nierensarkom, (*Deutsches Archiv für klin. Medicin. XXX. Bd.*).

Pierwotny mięsak nerek, jako samostanna choroba, tak pod anatomicznym, jak klinicznym względem, został najpierw opisany przez MONTIE'GO w „*Handbuch der Kinderkrankheiten*“ GERHARDT'A. 1880.

Autor opisał wszystkie (w liczbie 13) przypadki, jakie się dotychczas w literaturze pojawiły, podaje swoje własne obserwacje, poczem kreśli anatomiczny i kliniczny obraz choroby. Mięsak nerek należy do największych nowotworów, napotykanym (przynajmniej u dzieci) w jamie brzusznej. Niekiedy, jak w przypadku autora, był takiej wielkości, że całe ciało dziecięcia wyglądało jak mały dodatek do wielkiego brzucha. To też dochodzić on może od 1 do 10 funtów wagi, a raz zawierał 3 litry płynu. Obwód brzucha bywa ogromny, do 87 ctm., w jednym przypadku wynosił 85 ctm. u 10-cio miesięcznego dziecka. Składa się zwykle z *kruchéj, włóknistéj* tkanki, obleczonej powłoką, nieraz bardzo tęgą, zajmuje całą jamę brzuszną aż do kolumny kręgowéj, pozrastany bywa z kiszka, żołądkiem, najczęściej z wątrobą i śledzioną. W nowotworze znajdowano zwykle całą nerkę, lub jéj części, ztąd wniesić należy, że organ ten jest punktem wyjścia w tworzeniu się nowotworu. Spotykano w nim, raz prążkowane, w innych razach gładkie mięśnie, nareszcie, w kilku przypadkach, zarodkowe włókna mięśniowe. Wiek chorych był rozmaity, pospolicie 14, 17, 19 miesięcy, a nawet do 2 $\frac{1}{2}$ lat dochodził, w 4 jednakże przypadkach wiek chorych na lat 21, 35, 39 i 55 oznaczono. To dowodzi, że teoryja EBERTH'A i COHNHEIM'A, o zarodkowym pochodzeniu nowotworu jest bardzo prawdopodobną. Przy tém cierpieniu spostrzegano dość często przerzuty (me-

tastazy) w nerce zdrowéj i jednocześnie w przeponie (EBERTH), COHNHEIM i LANDSBERGER widzieli obie nerki jednakowo sprawą chorobową zajęte. Konsystencyja nowotworu bywa bardzo rozmaita, tak w całości jak i w pojedynczych częściach — te oddziały, w których znajdują się mm. prążkowane, już makroskopijnie rozpoznąć można. Niekiedy guz jest tak twardy, jak mięśniak macicy (uterusmyom), czasem znów zupełnie gąbczasty. Barwa nowotworu także bywa rozmaita, niekiedy widać świeże lub dawne wynaczynienia krwi, raz nowotwór jest błądy, to znowu ma naczynia silnie rozwinięte. Wśród nowotworu znajdujemy nieraz torbiele z zawartością galaretowatą, czasem przezroczystą, zupełnie płynną, innym razem ciemno-czerwoną, mazistą.

Mięsak nerek dotyka przeważnie dzieci i wtedy jest zarodkowego pochodzenia. U dorosłych, u których zresztą 4 tylko przypadki notowano, 3 pochodziły ze zwyrodnienia wędrującej nerki. W podobnym przypadku będąca nerka, bardzo często podlega stłuczeniu lub zgniceniu i to powoduje jéj zwyrodnienie; zatém działa tu taż sama przyczyna co przy raku nerek. W wieku dziecięcym rzecz się ma przeciwnie: nigdy przyczyny urazowej (traumatycznej) w powstawaniu mięsaka przyjąć nie można i to odróżnia go od raka nerki. AUDIN-FERREOL w 1 przypadku zanotował malaryję jako przyczynę zwyrodnienia. Tak lewa, jak prawa, jak i obie nerki mogą być jednako nowotworem dotknięte. Zasługuje na uwagę fakt, że do mięsaka nerki, *pleć żeńska przeważnie jest usposobioną*, gdy przeciwnie, rak tego organu, ma liczniejszych przedstawicieli w rodzaju męzkim. Z 20 przypadków mięsaka, 10 przypadało na dziewczęta, 4 na kobiety, 2 na chłopców, w 4 pleć nie została oznaczoną. *Czas trwania* bywa rozmaity, czasem bardzo wczesnie po urodzeniu wyczuć go można, rozwija się potem bardzo rozmaicie i powoduje zgon w 1, 1 $\frac{1}{2}$, 2, 2 $\frac{1}{2}$, a niekiedy w 12, 16 i 18 mie-

sięcy. Co do *bólów*, nie wiele się pewnego da o nich powiedzieć,—i takowe raczej do objawów zap. otrzewnej przypadkowego, niż do samego nowotworu odnieść wypada. Co się tyczy objawów ze strony przewodu pokarmowego, pojawia się najczęściej przy mięsaku nerek zatrzymanie stolca, czasem brak, niekiedy znów wilczy apetyt. *Oddychanie* bywa niekiedy utrudnione, z powodu ugniecenia płuc przez rozrastający się niepomiernie nowotwór. Ropnie przerzutowe raz tylko zanotowano (BARKER). Mięsak nigdy nie przebiega z objawami gorączkowymi. *Krwotoki* nerkowe, stanowiące przy innych nowotworach, a zwłaszcza przy raku, objaw bardzo częsty, tu notowano 5 razy na 14 przypadków. *Białko* w moczu znajdował tylko MONTI. Przy *rozpoznawaniu* należy oznaczyć nietylko, że mamy do czynienia z nowotworem nerki, ale że ten nowotwór jest mięsakiem. W tym razie, te same służą wskazówki, co przy innych nowotworach nerek. Należy guzy te odróżnić od nowotworów wątroby i śledziony, co zresztą nie trudno, zważywszy wszystkie okoliczności powstania nowotworu i stosunki jego do innych organów, pomimo nawet możliwych zrostów z przyległymi narządami. Ważniejsze mogą zachodzić trudności w rozróżnianiu mięsaków nerki od nowotworu jajnika. Wtedy winniśmy się kierować głównie tём, że torbiele jajnika leżą bardziej ku przodowi jamy brzusznej, przed nimi nigdy się nie znajdują kiszki. Więcej rozpoznawczych trudności przedstawia *wędrująca zwyrodniona nerka*, zwłaszcza, że proces zwyrodnienia, przez długi czas może się powstrzymać i może brakować zrostów z kiszki; wówczas różniczkowe rozpoznanie mięsiaka nerki jest niemożliwe. LOOSEN i SPENCER WELLS przytaczają przypadek, w którym rozpoczęto operację wycięcia jajnika, a po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że ma się do czynienia z nerką wędrującą. Takie mięsaki można jeszcze wziąć za zwyrodniałe gruczoły tylnej ściany ot-

rzewnej, za zolizowane nowotwory kiszkiowe, *lymphosarcomata* i raki tych gruczołów, zwłaszcza że takowe wielkością są dorównywiają niekiedy mięsakom nerek. Te jednak wszystkie nowotwory rozciągają się bardziej na obie strony jamy brzusznej, nie są tak ściśle ograniczone i są nieruchome. Ropień m. *phoas* różni się od mięsaka nerki tём, że nie sięga tak wysoko do jamy brzusznej jak ten ostatni, zresztą dla rozpoznania należy zbadać dokładnie kolumnę kręgową i użyć próbnego nakłucia. Rozpoznanie różniczkowe między rakiem a mięsakiem nerki, zawsze jest niezmiernie trudne. Nawet przekłucie i badanie pod mikroskopem może być bezskuteczne, jak dowodzi przypadek opisany przez KOCHER'A. Najważniejszym objawem są krwotoki, które przy raku bywają daleko częstsze.

Terapja w tём chorobie jest prawie żadna. LOOSEN przytacza jeden fakt usunięcia nowotworu na drodze operacyjnej. Zatem leczenie cierpienia tego należy do zakresu chirurgii. Aby jednak operacja mogła być pożyteczną, choroba 1^o musi dotyczyć tylko jednej nerki, 2^o guz powinien być zupełnie ruchomy, zrosty bowiem, mogą spowodować ogromne krwotoki i urazy (trauma), 3^o nie powinny istnieć metastazy. W wieku dziecięcym wskazanie do operacji można tak sformułować: Guz powinien być ruchomy, niezbyt rozwinięty; dziecko winno być starsze nad 2 lata i posiadać dobry zasób sił. Najlepsze wszakże szanse operacyjne przedstawia zwyrodniała wędrująca nerka u dorosłych. Ale i w tych razach, jeśli towarzyszy chorobie zwyrodnienie gruczołów limfatycznych, gdy guz szybko rośnie i istnieje prawdopodobieństwo przerzutów, operacja pozostanie bezskuteczną. — Dobieszewski.

144. Prof. OPPENHEIMER. **Poszukiwania i spostrzeżenia nad etiologją krzywicy.** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.* XXX Bd. i. u. 2 Hft).

W dłuższej, drobiazgowej pracy, opartej na podstawie bardzo bogatego mate-

ryjału kazuistycznego, autor wyluszcza swoje spostrzeżenia nad etiologią krzywicy i dochodzi do wniosku, że krzywica jest infekcją malaryczną, że tylko różnica w budowie kości u dzieci i dorosłych, jakoteż niezmierna wrażliwość dzieci na zarazek malaryczny, jest powodem różnicy objawów obu tych chorób. Po krótkim, krytycznym omówieniu hipotez wygłoszonych po dziś dzień co do etiologii krzywicy i wykazaniu ich bezzasadności, przytacza autor swoje kliniczne spostrzeżenia, z których wypada, że w przebiegu choroby należy ściśle odróżnić dwa okresy: zwiastunny i okres wydatnych zmian w kościach. Co się tyczy charakterystycznych objawów zwiastunnych, już dosyć wczesnie pojawia się chroniczna biegunka, która jednak różni się od zwykłej chronicznej *enteritis*. Nie prowadzi do zaniku tkanki tłuszczowej, towarzyszy jej wydatna anemija jak przy blednicy (*chlorosis*), nadto ma przebieg bardzo wyraźnie przepuszczający, a w przerwach między napadami biegunki, niema żadnych zgoła zaburzeń ze strony kiszki. Zwykle biegunka taka pojawia się w nocy, trwa 2—3 godzin; stolce są bezbarwne (czem się różnią od zwykłych i występujących przy *enteritis*). Nie zależy wcale od niestosownego pożywienia i nie leczy się wcale przez zmianę diety. Prawie zawsze występuje przytęm gorączka z następczemi potami, trwająca także tylko około 2-ch godzin; śledziona *zawsze* jest powiększona i wyleczenie następuje tylko przy użyciu chininy. Czasami objawem zwiastunnym są tylko poty przepuszczające, niekiedy znowu, conocny, kilka godzin trwający, krzyk dziecka; oba te objawy połączone są zawsze z obrzmieniem śledziona i podwyższeniem temperatury i tylko chinina jest w tych razach skuteczną.

I w okresie już rozwiniętych zmian w kościach, spotyka się objawy, jakie występują tylko przy infekcyi malarycznej. Do takich należy, według autora, typ go-

rażki, który jest wyraźnie przepuszczający i objawia się rozpaleniem ciała i niepokojem podczas nocy, a poceniem się w godzinach rannych; dalej obrzmienie śledziona, istniejące zawsze w okresie już rozwiniętej choroby, a znikające dopiero przy jej ustępowaniu. Charłactwo krzywicowe ma być także w zupełności podobne do charłactwa malarycznego, a co się tyczy zmian w kościach, to i te, według najnowszych (choć niedostatecznych jeszcze) poszukiwań nad zmianami malarycznymi szpiku kostnego, przedstawiać mają pewne podobieństwo między sobą. Następnie autor zastanawia się nad geograficznym rozprzestrzenieniem krzywicy, które odpowiadać ma w ogólności rozprzestrzenieniu zimnicy, a wyjątki jakie istnieją, objaśnia tęp, że w wielu okolicach malarycznych, złośliwe formy zimnicy zabijają niemowlęta już po pierwszych napadach choroby, a ztąd nie przychodzi do rozwinięcia się krzywicy; w innych znów miejscowościach, zarazek malaryczny jest tak słaby, że tylko dzieci, z powodu wielkiej swój wrażliwości, ulegają mu, lecz choroba występuje wtedy nie w formie zimnicy, lecz krzywicy.

T. Trzeciński.

145. Dr. FINGER. **Zaburzenia nerwowe we wczesnych okresach przymiotu.** (*Allg. W. Med. Zeit.* 1881, Nr. 51).

Nowsze poszukiwania wykazały, że przy niektórych cierpieniach skóry istnieją anatomiczne zmiany w tak zwanych ośrodkach troficznych (znajdujących się w substancyi szarej rdzenia), które to zmiany uważane były za przyczynę wywołującą choroby skórne. Autor chcąc wykazać kliniczne objawy tych przypuszczalnych cierpień rdzenia, starał się przedewszystkiem przekonać, czy istnieją zmiany w odruchach. W 50 przypadkach przymiotu w okresie wysypkowym znalazł, że odruchy skóry i ścięgien, bezpośrednio przed i w czasie pojawienia się specyficznój wysypki, były znacznie niekiedy wzmożone, utrzymywały się w tym stopniu

czas jakiś, poczem wracały do normy, lub też zmniejszały się nawet, (aż do zupełnego zniesienia odruchów), a dopiero w kilka tygodni powracał stan prawidłowy. Natężenie odruchów odpowiadało zwykle natężeniu objawów przymiotu. Recydywy wysypek powodowały także wzmocnienie się odruchów. W 2-ch przypadkach recydywy ograniczonej do pewnej okolicy skóry, np. przy prawostronnej łuszczycy dłoniowej (*psoriasis*), wzmagał się odruch kolanowy i stopowy po stronie prawej. Wiadomo jednakże z drugiej strony, że przewodnictwo w obwodowych nerwach jest także nieprawidłowe i jak wykazał BENDER, zmysł temperatury i dotyku, jakoteż uczucie bólu na częściach skóry zajętych sprawą chorobową, przedstawia b. wydatne zmiany. Zmiany te wystarczają do objaśnienia niektórych przynajmniej zaburzeń odruchowych wyżej opisanych. Nic więc nie upoważnia do twierdzenia, ażeby przyczyną cierpień skórnych były zmiany patologiczne w rdzeniu. Te ostatnie są raczej jednoznaczne z innymi towarzyszącymi przymiotowi zmianami zapalnymi w okostnej, onerwniej, błonach synowijalnych, oponach mózgu i rdzenia, etc., a więc uważać je trzeba za następstwo działania jadu przymiotowego, czyli za jedną z części składowych ogólnego zakażenia organizmu. K. F.

II. Gynekologija i Pediatria.

146. E. GÖTH. O wpływie zakażenia zimniczego na ciążę, poród i płód. (*Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk. VI B. I H. 1881*).

Dla rozstrzygnięcia kwestyi, czy zakażenie zimnicze wpływa na ciążę i poród, autor czynił spostrzeżenia w okolicy gdzie zimnica jest chorobą częstą i rozpowszechnioną. Rezultat ztąd otrzymany stoi w sprzeczności ze zdaniem RITTERA, który utrzymuje, że zimnica istniejąca w czasie ciąży, nie wpływa zupełnie na jej

przebieg. Mianowicie z 881 ciężarnych, obserwowanych przez autora, było chorych na zimnicę 46—z téj liczby u 27 ciąża doszła prawidłowego kresu, w 19 zaś wypadkach nastąpił poród niewczesny lub przedwczesny, a mianowicie:

w 4 miesiącu . . .	1
„ 5 „ . . .	1
„ 6 „ . . .	3
„ 7 „ . . .	5
„ 8 „ . . .	9

co stanowi 41% przerwania ciąży; z tych stosunków można wywnioskować, że zimnica jest w przyczynowym związku z przerwaniem ciąży i że niebezpieczeństwo jest tém większe, im dalej ciąża jest posunięta. Następnie autor zastanawia się, w jaki sposób zakażenie zimnicze sprowadza przerwanie ciąży. W wypadkach gdzie płód rodzi się nieżywy—najbliższą przyczyną rozpoczęcia sprawy porodowej jest właśnie śmierć dziecka, gdyż wtedy dalsze trwanie ciąży jest bezcelowym. Oto są 3 czynniki, które zagrażają życiu dziecka i śmierć jego sprowadzają: 1) Znaczne podniesienie ciepłoty ustroju matczynego, następujące podczas paroksyzmu zimniczego. Już prace RUNGE'GO i KAMIŃSKIEGO wykazały, że płód bardzo źle znosi znaczne podniesienie ciepłoty matczynej i że przy stanie gorączkowym matki, wysokie podniesienie ciepłoty wczesniej sprowadza śmierć dziecka aniżeli matki. Śmierć dziecka szczególnie często się spostrzega przy cięższych wypadkach, gdzie wysoki stan ciepłoty, dłuższe trwanie paroksyzmów i znaczny ubytek wagi ciała ciężarnych spostrzeganym bywa. 2) Małokrwistość matki rozwijająca się niekiedy już po pierwszym paroksyzmie, zwykle zaś w skutek dłuższego trwania choroby w mniejszym lub większym stopniu. Małokrwistość jest czynnikiem mniej ważnym, gdyż musi trwać dłuższy czas aby zmienić warunki odżywiania płodu i śmierć jego sprowadzić. Śmierć płodu szczególnie była obserwowana w wypadkach małokrwistości zależnej od charla-

ctwa zimniczego, gdzie oddzielnych paroksyzmów nie było. 3) Bezpośrednie działanie zimnicy na ustrój płodu—czego dowodzą sekcyje dzieci nieżywo urodzonych, gdzie jedyną przyczyną śmierci były zmiany charakterystyczne dla zimnicy.

W wypadkach gdzie dzieci żywe na świat przychodzą, za przyczynę przerwania ciąży autor zgodnie z RUNGEM, podaje działanie podniesionej ciepłoty na macicę; nawet po spadnięciu ciepłoty, macica utrzymuje się w stanie podrażnienia, które w zwykłym stanie pozostałoby bez skutku, tutaj zaś wywołuje pracę porodową, co jeszcze potwierdza spostrzeżenie autora, że kobiety, które w 2-giej połowie ciąży zapadły na gorączkę przepuszczającą, już po 2—3 paroksyzmie skarżyły się na ból w krzyżu i ręką można było wyczuć lekkie skurcze macicy, pomimo że poród w danym razie nie następował. Okoliczność, że przerwanie ciąży w 2-jej połowie, następuje częściej aniżeli w 1-jej, autor tłumaczy malém rozwinięciem warstwy mięsnej w pierwszych ciąży miesiącach. Gdy, pomimo trwania zimnicy, ciąża dojdzie prawidłowego kresu, wówczas dzieci rodzą się w stanie silnego osłabienia i śmiertelność między nimi jest bardzo znaczna. Średnie wymiary długości i waga tych dzieci są znacznie mniejsze od średnich wymiarów dzieci zdrowych, np. różnica w wadze dochodzi do 340 grm. Najczęstsze formy gorączki przepuszczającej, spostrzegane podczas ciąży, były *skr. quotidiana et tertiana*. Chinina działa również skutecznie jak i w stanie nieciążarnym, lecz od powrotów nie zabezpiecza.

Na pytanie czy zakażenie zimnicze wpływa na sprawę porodową, autor odpowiada twierdząco; nieprawidłowości bólów szczególniejszą są wyraźne w okresie otwierania się ujścia; przebieg porodu bywa powolny, leniwy i trwa średnio 2 razy dłużej aniżeli prawidłowy. W okresie wydalenia płodu, zmiana bólów bywa

mniej wydatną. Z drugiej strony, co się tyczy wpływu porodu na zimnicę, to RITTER utrzymuje, że poród powstrzymuje napady zimnicze i tłumaczy to utratą krwi. Autor temu stanowczo przeczy, bo jakkolwiek i on spostrzegał, chociaż rzadko, że po porodzie napady dopiero po pewnym czasie występowały, to z drugiej strony, widział wiele wypadków, gdzie poród najmniejszego wpływu na zimnicę nie wywierał i paroksyzmy przychodziły z zupełną prawidłowością w oznaczony dzień i godzinę, natychmiast po porodzie a nawet i podczas takowego. Dla potwierdzenia swego zdania autor przytacza 2 obserwacje porodów, z których pierwsza dotyczy rodzącej w 8 miesiącu, która w czasie ciąży cierpiała na gorączkę przepuszczającą—poród trwał długo, w okresie rozszerzania się ujścia macicznego nastąpił o zwykłej godzinie paroksyzm—po porodzie paroksyzmy w zwykłym czasie przychodziły. Drugi poród był u mnogorodzącej, która na 8 dni przed porodem miała 4 paroksyzmy, oprócz tego kilka razy w przebiegu ciąży znaczny krwotok. Po rozpoczęciu porodu krwotok był silny z powodu *placentae praeviae lateralis*—utrata krwi znaczna, a pomimo tego w kilka godzin po porodzie o zwykłej porze przyszedł paroksyzm. Ostatnie spostrzeżenie wykazuje, że błędem jest twierdzenie RITTERA, jakoby utrata krwi miała spowodować wstrzymanie paroksyzmów po porodzie.

W przebiegu położu zimnica jest również częstą komplikacją—zapadają na nią kobiety w czasie ciąży zupełnie zdrowe, które przedtém na zimnicę nie chorowały. Oprócz tego paroksyzmy przychodzą o jakiś czas wcześniej przed oznaczoną godziną—z czego autor wnosi, że położ usposabia do zimnicy, a w istniejącej już—paroksyzmy przyspiesza. Czas trwania paroksyzmu bywa dłuższy, przerwy między paroksyzmami różne. Oprócz tego u chorych na zimnicę zdarzają się w położu formy przepuszczające z typem

nieprawidłowym. Chinina działa również dobrze i w przebiegu połogu—wpływu szkodliwego na dziecko nawet przy dużych dawkach nie zauważono. Co się tyczy pytania czy matka chora na zimnicę może karmić dziecko, to autor utrzymuje, że w słabszych formach, łatwo ustępujących leczeniu, karmienie może być dozwolone, lecz w formach cięższych upartych, które już znaczną małokrwistość wywołały, karmienie powinno być wzbronionem.

W. J. Tyrchowski.

147. FÖRSTER. **O stosowaniu ruskich kąpeli parowych przy dyfterytyczno-krupowem zwięzieniu dróg oddechowych.** (*Jahrb. f. Kinderheilk. B. XVIII, H. I.*)

Autor stosował ruskie parowe kąpiele albo przy zwięzieniu już istniejącem, albo przy rozwijającym się dopiero, przy objawach utrudnionego oddychania, mniej lub więcej wydatnym bezgłosie i zapadaniu się boków klatki piersiowej przy wdechu. Skutek był różnym i zależał głównie od okresu choroby w którym stosowano kąpiele. I tak, jeżeli objawy zwięzienia trwały dość długo przed przyjęciem do szpitala, rzadko udawało się wyleczyć bez tracheotomii. Również bezskutecznem było stosowanie parowych kąpeli przy nowo-występującem zwięzieniu po wykonanej poprzednio tracheotomii. Najlepiej nadają się do leczenia przypadki świeżo powstałych zwiężeń. Przeciwwskazania są następujące: znaczne osłabienie, częste i słabe tętno, wysoka ciepłota ciała, skłonność do krwotoków, wreszcie komplikacje ze strony płuc. Co się tyczy zachowania się ciepłoty ciała przy stosowaniu kąpeli parowych, to wznosi się ona znacznie, niekiedy o $2\frac{1}{2}^{\circ}\text{C}$. Najwyższa ciepłota ciała, przy której autor stosował kąpiele, była 39°C . pod pachą. Często przed kąpielą parową stosował autor zimne kąpiele w celu obniżenia ciepłoty.

Po większej części już podczas samej kąpeli, a niekiedy w kilka godzin dopiero, występowało znaczne polepszenie, od-

dech stawał się swobodniejszym, bezgłos zaś pozostawał nadal. Podczas kąpeli autor zauważył kilka razy upadek sił, lecz robi przytém uwagę, że taki upadek sił zdarza się często i bez stosowania wymienionych kąpeli. W pojedynczych wypadkach spostrzegł dosyć znaczną duszność. U jednego dziecka stosowano od 2 do 31 kąpeli a w ciągu doby najwyżej cztery. Oprócz kąpeli używano wdechań z wody wapiennej, przytém powietrze w pokoju chorego utrzymywano w stanie wilgoci, za pomocą parowania wody. Stosowano tę metodę u 23 chorych. Z tych u 6, z powodu przeciwwskazań wyżej wymienionych, kąpiele nie były użyte. Z pozostałej reszty umarło dwoje, u 5 trzeba było wykonać tracheotomię.

Autor robi uwagę, że pomimo małej liczby przypadków w jakich metoda ta była stosowana, zasługuje jednak na rozpowszechnienie.

W. Mączewski.

148. Dr. ALBRECHT. **O wdychaniu czystego tlenu w celu pobudzenia przeróbki materji u niedokrwistych i powracających do zdrowia dzieci.** Ueber Einathmung reinen Sauerstoffs zur Anregung des Stoffwechsels bei Blutarmen und Reconvalescenten jugendlichen Alters. (*Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XVIII Hef. I. 1882.*)

PRIESTLEY, wykrywszy tlen, podał pierwszy myśl wprowadzenia go w dziedzinę terapii, a wkrótce potem otwarty został w Oxfordzie pierwszy instytut pneumatyczny dla wdychania czystego tlenu. W następstwie rozpowszechniło się użycie tej metody lecznicznej we Francji i w Niemczech, ale z powodu trudności otrzymania czystego tlenu i zbyt wysokiej jego ceny nie przybrało szerszych rozmiarów. W roku 1864 DEMARQUAY, LECOINTE i CLAUDE BERNARD przedstawili akademii nauk w Paryżu dokładniejsze wyniki doświadczeń na zwierzętach i ludziach, które dopiero zachęciły do obszerniejszego stosowania tlenu w praktyce. Zwierzęta przebywały w atmosferze czystego tlenu 15—

18 godzin zupełnie swobodnie, żywił się jeszcze poruszając niź w powietrzu i okazując zwiększoną chęć do jadła. Ludzie wdychali 20 – 30 litrów tlenu bez żadnej szkody dla organizmu, przyczém oddech stawał się swobodniejszy, apetyt powiększony, zwykle doświadczali uczucia lekkości i zadowolenia. HAYEM, stosując tlen przy niedokrewności i blednicy, z bardzo podupadłym odżywianiem, znalazł, że już pod wpływem niewielu wdychań, ilość wydzielanego mocznika z 15, 12 a nawet 10 grm. na dobę podniosła się do 35 i 40 grm., apetyt znacznie się poprawił, waga ciała powiększyła się, jak również i ilość ciałek czerwonych krwi. Ważną jest bardzo rzeczą, aby tlen otrzymany był zupełnie czysty. A. zaleca w tym celu przyrząd LIMOUSINA, składający się z retorty żelaznej, złożonej z dwóch półkul hermetycznie zamykanych, balonu gumowego, mogącego pomieścić 30 litrów i flaszki z ługiem potażowym do przepłukiwania gazu. Tlen otrzymuje się z mieszaniny 100 grm. chloranu potasu z 40 grm. dwutlenku manganu przy słabym ogrzewaniu. Po kilkogodzinnym przebywaniu w balonie, gaz traci swój przenikliwy zapach, jaki posiada świeżo po otrzymaniu. Balon połączyć się daje z flaszką, którą wypełnić można wodą aromatyczną albo roztworem jakiego środka odwanającego. Stosując wdychania tlenu u 50 młodych chorych w ciągu roku, A. zauważył następujące skutki: oddech staje się głębszy, puls częstszy, temperatura podnosi się o kilka dziesiątych. Po kilku posiedzeniach łaknienie stale się wzmacnia, poprzednie porcje pokarmów są już niedostateczne, wygląd chorych poprawia się, a wypróżnienia odbywają się prawidłowo. Ilość czerwonych krążków krwi wzmacnia się proporcjonalnie do ilości pochłoniętego tlenu, a wyjątkowo także i ilość hemoglobiny. Dzieci osłabione, a nawet i silne, po użyciu więcej niż 30 litrów tlenu, podlegają niekiedy lekkiemu i łatwo przemijającemu upojeniu. *Jul. Kramsztyk.*

III. Chirurgija, Otiatryja, Dentystyka, i Oftalmologija.

149. MAX SCHEDE z Hamburga. **O otruciu jodoformem.** Zur Frage von der Jodoformvergiftung. (*Centr. f. Chir.* 1882 N. 8. *Original-Mittheilung*).

W skutek wezwania KÖNIGA do wszystkich chirurgów, stosujących jodoform przy opatrywaniu ran, o dostarczenie mu wiadomości dotyczących wypadków zatrucia, S. podaje rezultaty spostrzeżeń w tej kwestyi poczynionych, w obszernym, mieszczącym 430 łózek, oddziale chirurgicznym Hamburgskiego szpitala. Twierdzi, że chociaż jodoform u wielu osób może być użyty do opatrywania ran bez widocznej dla nich szkody, są jednak osoby, które podlegają pewnej idjosynkrazyi, tak że jodoform staje się dla nich niebezpieczną trucizną. Niebezpieczeństwo jest tém większe, że idjosynkrazyja ta nie objawia się żadnemi dającymi się uchwycić objawami i że działanie jodoformu wydaje się być kumulacyjnym, tak że symptomata otrucia mogą się pojawić nagle z wielką siłą, bez zwiastunów, a natychmiastowe usunięcie opatrunku jodoformowego nie może już wtedy ochronić od zejścia śmiertelnego. S. przychodzi we względzie zatrucia jodoformowego do następujących wniosków: 1) Lekkie zaburzenia zależące od wessania jodoformu występują nadzwyczaj często. Najczęściej pojawia się znaczne podniesienie ciepłoty, do 40° C. (ogólny stan, pomimo to jest dobry), które trwa zwykle kilka dni a potem znika, czasem objaw ten występuje tylko po pierwszym opatrunku, czasem zaś po każdej zmianie tego ostatniego. 2) W innych znów razach, obok lub nawet bez gorączki, pojawia się brak apetytu, ból głowy, smak jodoformu w ustach, już teraz daje się zauważyć powiększenie częstości puls. Objawy te znikają szybko po usunięciu opatrunku jodoformowego. 3) Dalej zdarzają się wypadki w których

częstość pulsu dochodzi do 150 lub 180 uderzeń na minutę, przyczém chorzy mogą czuć się wcale dobrze, ogarnia ich jednak pewien niepokój i skarżą się na brak apetytu. W tych razach wskazanem jest natychmiastowe usunięcie opatrunku jodoformowego, gdyż stan taki może łatwo spowodować zatrucie niewyleczalne. 4) Cięższymi jeszcze są wypadki w których takim powiększeniu częstości pulsu, towarzyszy stałe lub podlegające bardzo małym wahaniom podniesienie ciepłoty, ta ostatnia utrzymuje się na wysokości 40° przez kilka miesięcy, przyczém jednak sensoryjum pozostaje niezajęte, język wilgotny, rana aseptyczna (cechy stanowczo odróżniające stan ten od posocznicy). Autor obserwował jeden taki wypadek, który się zakończył śmiercią, rezultat sekcji zupełnie ujemny. 5) U chorych, którzy podlegali cięższym operacjom, jodoformowy opatrunek przyspiesza pojawienie się ogólnego upadku sił (*collapsus*), i sprowadza zejście śmiertelne. 6) Nakoniec zatrucie jodoformem może wywołać zaburzenia czynności mózgu, które to zaburzenia raz przedstawiają obraz chorobowy bardzo podobny do ostrego zapalenia opon mózgowych, drugi raz występują pod postacią chorób umysłowych. Pierwsza forma jest najczęstszą u dzieci; przyspieszenie pulsu, wymioty, *coma*, kontraktury pojedynczych grup mięśniowych—oto charakteryzujące ją objawy, różni się od zapal. opon tylko tém, że może przebiegać bez gorączki aż do samej śmierci. U dorosłych pojawiają się zaburzenia umysłowe, zwykle pod postacią najcięższych form melancholii, przyczém raz na pierwszy plan występuje silne psychiczne pobudzenie i uczucie obawy (*Verfolgungswahnsinn*), w innych znów razach psychiczna depresja; wypadki te kończą się zwykle śmiercią. S. obserwował 10 wypadków, w których zaburzenia czynności mózgu powstały w skutek zastosowania jodoformu.

W. H. Krajewski.

150. BEGER. **Sprawozdanie z wypadków leczonych jodoformem na klinice prof. Tiersch'a w Lipsku.** (*Deut. Zeitsch. f. Chir. Bd. XVI, p. 191*).

Autor opisuje 72 wypadki leczone za pomocą jodoformu. W 42-ch było grzybowate zwyrodnienie (*fungöse Entartung*) gruczołów, kości lub stawów (2 wypadki zakończyły się śmiercią); 14 razy poddano temu leczeniu świeże obrażenia (ciężkie obrażenia palców, *fractura complicata femoris*, powikłane zwichnięcie przedramienia i t. d.), z tych 4 zakończyło się śmiercią. Dalej stosowano jodoform 6 razy przy nekrotomii i po raz przy: *Amputatio mammae*, *Extirpatio testis*, *Amputatio auris*, *Osteotomia*, wyciąganiu nerwów, zszyciu nerwów, wydalaniu bliznowatej narośli (*keloid*) na grzbiecie stopy, po przecięciu *Bursitis praepatellaris*, częściowym wycięciu gardzieli i plastycznej operacji przy *Inversio vesicae*; wszystkie te 16 wypadków zakończyły się wyzdrowieniem.

Tak więc na 72 wypadki, było tylko 6 wypadków śmierci, z tych tylko 1 wypadek ostrój posocznicy po zmiążdzeniu ręki w maszynie, posocznica rozwinęła się jeszcze przed zastosowaniem jodoformu. Ani jednego wypadku otrucia jodoformem nie było, chociaż powierzchnia rany będąca w zetknięciu z jodoformem dochodziła do 400 centm. kw., a ilość zużytego jodoformu wynosiła od 50 do 300 grm. U dorosłych po zastosowaniu jodoformowego opatrunku występuje silny ból piekący, trwający pierwsze 12 godzin, który jednak potem znika bezpowrotnie. U dzieci oprócz tego pojawiają się objawy, które trzeba uważać za skutek wessania znaczniejszej ilości jodu: dzieci są skłonne do snu, obudzone zachowują się niespokojnie, krzyczą bez przyczyny, apetytu nie mają, piją dużo wody, nawet jeśli ciepłota ciała jest normalną, częstość pulsu wynosi 160—180 na minutę. Po 6-u lub 8-u dniach postać rzeczy się zmienia, dzieci znów są weselsze, apetyt powraca i częstość pulsu się

zmniejsza; jest to tém dziwniejsze, że wydzielana z moczem ilość jodu w owym czasie wcale się jeszcze nie zmniejsza. Ilość wydzielanego z moczem jodu wynosi od 0,15 do 0,3 gr. na dobę. Jodoform przyłożony na granulacyjną powierzchnię, pojawia się w moczu już w pierwszych 12 godzinach, gdy tymczasem posypyany na świeżą ranę, pojawia się dopiero na 3-ci dzień; to nam objaśnia dla czego chorzy ze świeżemi obrażeniami łatwiej znoszą jodoform.

Autor przy opatrywaniu stosował się do przepisów podanych przez MOSETIG-MOORHOF'A t. j. wykonywano operację bez wszelkich ostrożności zalecanych przez LISTER'A. Następnie całą jamę wypełniono jodoformem i pokrywano kawałkiem waty higroskopijnej. Zmiana opatrunku polegała na pokryciu rany nowym kawałkiem waty, po poprzedniem dosypaniu świeżego proszku jodoformu i oczyszczeniu brzegów; jamy nigdy przemywać się nie powinno. Później B. zmniejszył ilość wsypywanego jodoformu i ograniczył się tylko taką ilością, która była dostateczną do pokrycia całej przestrzeni rany warstwą mającą parę centymetrów grubości; zmiana ta wcale nie wpłynęła na pogorszenie rezultatów, wprawdzie zmniejszenie ilości wsypywanego do jamy jodoformu nie wpływa na ilość wessanego jodu, gdyż takowa zależy jedynie od rozległości przestrzeni na jakiej się jodoform styka z raną, lecz zato znacznie powiększa taniłość opatrunku. Wszelkie *corrigentia* jak: *ol. melissae*, *ol. mentae pip.* okazały się zupełnie bezużytecznymi.

Analiza przytoczonych wypadków doprowadza autora do następujących ogólnych wniosków: 1) Przy świeżych obrażeniach można używać jodoformu tylko w tych wypadkach, w których istnieją przyczyny, zniewalające nas do zaniechania wszelkiej próby połączenia doraźnego np. przy wielkich utratkach substancji, ranach poszarpanych i t. d. Jeśli zaś napełnimy jamę rany pooperacyjnej jodoformem, a

brzegi skóry zaszyjemy, to chociaż te ostatnie mogą się zrosnąć przez połączenie doraźne, jama pozostanie i zagoi się dopiero po zupełnem wessaniu jodoformu, lub wydaleniu go przez założone sączki. 2) Tam gdzie na ranę nie da się nałożyć żaden opatrunek, usuwający ją od szkodliwych wpływów szpitalnego powietrza, dobrze jest posypać ją, po poprzedniem osuszeniu, jodoformem, przylega on bowiem ściśle do rany, tak że nawet przez kąpiele się nie zmywa, a oddziela się dopiero po wystąpieniu ziarniny; otrzymujemy więc w ten sposób rodzaj gojenia pod strupem (*reunio sub crusta*). 3) Nakoniec gdy już cała rana pokryła się granulacjami, trzeba zmienić opatrunek jodoformowy na inny, gdyż jodoform jeszcze bardziej niż kwas karbolowy zwalnia proces zabliźniania. W. H. Krajewski.

151. LANDERER. O wyluszczeniu krtani i gardzieli. (*Deutsch. Zeitschr. für Chir. Bd. XVI str. 149—172*).

L. podaje sprawozdanie z wyluszczeń krtani wykonanych na klinice prof. THIERSCHE'A w Lipsku. Operacyj dokonano 4: jeden chory umarł w skutek operacji, drugi w 3 miesiące później z recydywy, 2-ch wyzdrowiało i obecnie, w 18 miesięcy po operacji, recydywy jeszcze nie ma. Do opisu oddzielnych wypadków, po których szczegóły musimy odesłać czytelnika do oryginału, dołącza autor ogólne uwagi nad operacją i sposobem jej wykonania, leczeniem przygotowawczém następczém: 1) Rak krtani odznacza się niezwykle wolnym przebiegiem (2 lub więcej lat), zajęcie gruczołów występuje nadzwyczaj późno, pośmiertne badania często wykazują zupełny brak wtórnych nowotworów; są to wszystko fakta przemawiające na korzyść operacji; usuwając całą krtani usuwamy wraz z nowotworem jego grunt macierzysty, mamy więc wielkie szanse radykalnego wyleczenia. W opisanych wypadkach autor 3 razy zauważył znakomite powiększenie poprzecznego wymiaru krtani (toż samo zauważyli MAAS, LAN-

GENBECK i KOSIŃSKI) i przypuszcza, że objaw ten dałby się zużytkować przy różniczkowém rozpoznaniu raka krtani.

2) *Leczenie przygotowawcze.* L. widzi tu 2 wskazania, którym zadosyć uczynić należy: poprzedzić operację tracheotomią, leczyc septyczny nieżyt oskrzelowy, towarzyszący zazwyczaj rakowi krtani. a) Tracheotomię trzeba wykonać na 14 dni lub 3 tygodnie przed wyluszczeniem, wbrew zdaniu BRUNS'A, który wykonał wyluszczenie bez poprzedniej tracheotomii. Poprzedzenie wyluszczenia tracheotomią daje nam następujące korzyści: zyskujemy czas potrzebny do odżywienia wycieńczonego chorego i usunięcia, choć w części, istniejącego nieżytku oskrzelowego; otrzymujemy przyrost tchawicy do skóry, co przeszkadza obniżaniu się jęj po odcięciu krtani; otrzymujemy zamknięcie *mediastini antici*, a więc zmniejsza się możliwość nacieku ropnego po wyluszczeniu krtani; nakoniec przyzwyczajamy tchawicę do rurki, przez co unikamy niebezpiecznych (krwotok następczy) napadów kaszlu, wywoływanych obecnością rurki po dokonaniu wyluszczenia krtani bez poprzedniej tracheotomii. L. przekłada stanowczo *tracheotomiam infraglandularem*, ma ona podług niego tę przewagę nad górną, że niebezpieczeństwo dostania się krwi do tchawicy podczas wyluszczenia, daje się łatwiej usunąć przez zatkanie gąbkami odcinka tchawicy leżącego powyżej rurki. b) Co do leczenia nieżytku oskrzelowego, to L. radzi częste wdychania pary wodnej z jakimkolwiek niedrażniającym dezinfekcyjnym środkiem np. Natr. benzoi-cum, po usunięciu tego cierpienia możemy być daleko pewniejsi, że unikniemy po wyluszczeniu krtani, hypostatycznego zapalenia płuc, które dotąd stanowiło najczęstszą przyczynę śmierci po tej operacji.

3) Co do techniki operacyjnej, to autor we wszystkich wypadkach trzymał się metody BILLROTH'A opisaną przez GUSSENBAUER'A i uznaje ją za najodpowiedniejszą; zmianę SCHMIDTA, który oddziela

krtani od góry ku dołowi, autor potępia, gdyż jest daleko trudniejsza do wykonania, a nie zabezpiecza od dostania się krwi do tchawicy. L. przestrzega, że boczną i tylną ścianę krtani należy oddzielać o ile możliwości tępeymi narzędziami, gdyż wtedy można odosobnić większe tętnice i takowe podwójnie przed przecięciem podwiązać. L. potępia zdanie CZERNY'EGO, jakoby zawsze należało wycinać nagłośnię (*epiglottis*), przeciwnie autor zostawia ją zawsze, o ile jest zdrową; obecność jęj wywołuje wprawdzie przy pierwszych próbach założenia sztucznej krtani silne napady kaszlu, wkrótce jednak nagłośnia się przyzwyczajają do obecności aparatu, i stanowi dlańdobry punkt podpory. Codo sposobu niedopuszczenia krwi do dróg oddechowych podczas operacji, to najodpowiedniejszą okazała się rurka TRENDELENBURGA, jeśli poprzednio wykonano *tracheotomiam infraglandularem*. Przy pozycyi głowy podług ROSERA (kark na krawędzi stołu, a głowa zwieszona), wprawdzie krew nie dostawała się do tchawicy, ale w skutek przegięcia głowy żyły były uciśnięte, co też wywoływało silny żylny krwotok.

4) *Leczenie następcze.* L. wyraża się przeciw propozycji GLÜCKA i ZELLERA leczenia rany za pomocą opatrunku antyseptycznego, przypuszcza bowiem iż gardzieli nigdy dostatecznie oczyścić nie można, aby być pewnym, że takowa bakteryj nie zawiera. L. zostawia ranę otwartą, tylko w górnym jęj brzegu umieszcza kawałek waty salicylowej, aby weń wsiąkała wydzielina ust. Przy leczeniu następczém, trzeba jeszcze zwracać uwagę na 2 ważne punkta: ochraniać chorego od wtórnego zapalenia płuc (*Schlusspneumonie*) i odżywiać go: a) Zapalenie płuc jest najczęstszym powodem zejść śmiertelnych po tej operacji (na 28 operacji 11 śmierci, z których 9 od zap. płuc); najlepszym środkiem ustrzeżenia od niego jest pochyle położenie chorego w łóżku, przyczém głowa leży najniżej a nogi najwyżej, pozy-

cyję taką trzeba zachować przez pierwsze 6—8 dni. Jeśli była wykonana przed operacją głęboka tracheotomija, to dobrze jest wypełnić gąbkami odcinek tchawicy leżący powyżej rurki tracheotomicznej; rurki TRENDELENBURG'A autor nie radzi pozostawiać, gdyż wywołuje napady kaszlu i może spowodować odleżynę na błonie śluzowej tchawicy. b) *Odżywianie* za pomocą ławatyw jest niedostateczne, może być najwyżej używane w pierwszych dniach po operacji, dopóki trwająca gorączka nie pozwala wprowadzać większej ilości pokarmów do żołądka; jedyny odpowiedni sposób żywienia jest za pomocą sondy żołądkowej, ponieważ jednak każdorazowe wprowadzenie sondy jest dla chorych uciążliwe, ponieważ wywołując napady kaszlu i ruchy wymiotowe mogłyby się stać powodem krwotoków wtórnych, więc autor jeszcze podczas narkozy chorego, wprowadza miękką kauczukową rurkę do przełyku, którą stale pozostawia (patrz *Kr. Lek.* 1881 r. str. 188), takie żywienie mniej jest uciążliwe dla chorego jak każdorazowe wprowadzenie sondy. Po 2-ch tygodniach można dać pacjentowi miękie pokarmy do połykania—płynne uczy się chory połykać dopiero później, przyczem nachyla głowę ku tyłowi. Ważnym jest czyste utrzymywanie jamy ustnej; dobrze dawać do ust trochę soku cytrynowego, a nawet od czasu do czasu coś do żucia, pobudza to bowiem apetyt i wydzielanie się soku żołądkowego.

Co do krtani sztucznych, autor przekłada krtan GUSSENBAUERA dla tych chorych, którzy zadawałnając się szeptem, nie używają aparatu fonacyjnego; w przeciwnym razie L. radzi używać model ostatnio przez BRUNSA podany; ma on tę przewagę nad aparatem GUSSENBAUERA, że głos jest daleko podobniejszy do ludzkiego, że się nie zanieczyszcza, i że użycie jego nie spowoduje utrudnienia oddychania.

W. H. Krajewski.

152. BRYK (Kraków). **Zarodkowy terbielak zębów na szczęce dolnej.** Proliferendes folliculäres Zahncystom des Unterkiefers. (*Archiv f. kl. Chir.* 1880, Bd. XXV, Heft. 4).

Chłopiec 6-cio letni został uderzony przez konia kopytem w brodę, skutkiem czego nastąpiło złamanie szczęki dolnej w okolicy podbródkowej. Uszkodzenie to nie było leczone. Obrzęk i bóle trwały nieprzerwanie. Chory dla ulżenia bólu pouśmiał sobie sam zęby, tak, że w 15-m r. życia żuchwa już była bezzębną. W 20-ym roku na obrzęk z okolicy podbródka zaczął się rozprzestrzeniać na obie strony żuchwy i od tego czasu bóle znacznie się zmniejszyły. W 26-m roku życia przybył chory na klinikę krakowską. Wtedy guz szczęki dolnej na wysokości szczeliny ustnej miał 53 cent. szerokości i zwieszał się ku dołowi aż do 2-giego żebra. Skóra na guzie była silnie naprężoną, niedającą się przesuwać. Guz przy dotyku był nierówny, miejscami twardości kostnej, w większej zaś części pargaminowo trzeszczący. Były jednak i miejsca, w których chelbotanie wyczuwano wyraźnie, a nawet jedno z takich miejsc było otwarte i wydzielało wodnistą posokę. Część bezzębna tego guza, leżąca w jamie ustnej, pokryta była naprężoną błoną śluzową z silnym żylnym unaczynieniem i miała objętości 16 cent., licząc od podstawy języka do wędzidelka wargi dolnej. Głęboka bruzda od przodu ku tyłowi przebiegająca, dzieliła go na dwa większe guzy boczne i jeden mniejszy po środku, pod językiem leżący. Ku przodowi tego ostatniego, na samej bruzdzie znajdowały się dwa otwory kilka cent. głębokie, w które mógł swobodnie wchodzić palec wskazujący. Chory mógł swobodnie cały guz przemieszczać ku dołowi, ku górze i cokolwiek na obiedwie strony. Wypukiwanie guza dawało na całej rozciągłości tympaniczny ton.

Po resekcji żuchwy z jednoczesnym wyluszczeniem guza, zupełne wyzdrowienie nastąpiło w 4 miesiące. Wyrostek

kłykciovoy (*condyloideus*), dziobiasty (*coronoideus*), nie będąc zajęte procesem chorobnym, nie były wycinane. Wycięta część szczęki w świeżym stanie ważyła 1½ kilgr. Po przecięciu guza przekonano się, że składał się głównie z różnej wielkości torbieli, między którymi znajdowała się tkanka łączna z przymieszką nieznacznej ilości kostnej. Pojedyncze torbiele łączyły się między sobą. Wnętrze większych torbieli, z jamą ustną połączonych, wysłane było płaskim nabłonkiem. Badanie mikroskopowe wykazało, że owe torbielowe zwyrodnienie żuchwy należy przyjąć za wybujałości i torbielową przemianę organu emaljowego (*Schmelzorgan*), zarodka zębowego (*Zahnbeinkeime*) i pęcherzyka zębowego v. torebki zębowej (*Zahnfollikel*), które podczas wypadku uderzenia w szczękę końskim kopytem, znajdowały się w stanie rozwoju.

F. Kobyliński.

153. W. KRAUSE. **Włókna n. wzrokowego.** (*Graefes Archiv. T. XXVI, 2*).

KUHNT liczył 40.000 włókien na przecięciu nerwu wzrokowego, SALZER zaś — 438.000. Na poprzecznym przecięciu nerwu stwardniałego w kw. osmowym, KRAUSE naliczył 400.000 włókien stosunkowo dużego kalibru (0,002 mm.). Lecz jest w nim nie mniejsza liczba włókien cieniutkich (0,0005 mm.), widzialnych na przecięciu nerwu w postaci punkcików, tak że bez przesady ilość włókien w n. wzrokowym dochodzi do miliona. Przypominamy przytém, że SALZER przypuszcza, iż w siatkówce ludzkiej liczba czopków i pałeczek dochodzi do 3½ milionów.

J. Talko.

154. Dr. KÜMMEL. **Naciąganie nerwu wzrokowego.** (*Deut. med. Wochenschr. 1882, N. 1*).

W r. z. podaliśmy w K.r. Lek. wiadomość o proponowanym przez WECKER'A naciąganiu n. wzrokowego w razie postępującego jego zaniku. Dr. K. wykonał tę operację 7 razy u osób żyjących, dostając się do nerwu przez łącznicę, którą rozcina w odległości 1 cm. od dolno-zewn. brzegu rogówki. Re-

zultaty były następujące: 1) 9-cio letnia dziewczynka, zapadła na ślepotę wskutek zaniku nerwów; naciąganie na obu oczach bez żadnych złych skutków, lecz i bez najmniejszego rezultatu. 2) *Atrophia nn. optico-rum* u 44 letniego pacjenta, prawem liczy palce na 2', lewem rozpoznaje ruchy na 1½'. Lewy nerw był naciągany dwukrotnie, poczem wzrok polepszył się w obu oczach: prawem liczy palce na 6', lewem na 2'. 3) U tabetyka, który utracił wzrok obustronnie (zanik nerwów), rezultat naciągania nerwów był ujemny. Zdaniem K. naciąganie potrzeba robić ostrożnie, aby chorego doreszty nie oślepić i nie wywołać *neuritis ascendens*, które mogłoby nawet przejść na błony mózgowe. Naciąganie nerwu prawdopodobnie zmienia krążenie krwi, przyczynia się do większego napelnienia żył, a może nawet i tętnic.

J. Talko.

155. Dr. SZMIDT-RIMPLER. **Specyficzna reakcja n. wzrokowego na mechaniczne podrażnienie.** (*Centralbl. f. d. med. Wissen. 1882. N. 1*).

Czytelnicy Kroniki zapewne przypominają sobie, że w tej kwestyi zabierał już głos w Tow. Lek. Warsz. i następnie ogłosił artykuł w Przegl. Lek. (r. z.) prof. SZOKAŁSKI. Otóż dr. S. R. przekonał się, że przecięcie n. wzrokowego *nie wywołuje wcale uczucia światła*. Stwierdzili to ROTMUND i HIRSZBERG. Mechanicznie drażniąc narzędziem pień nerwu po świeżem wyluszczeniu gałki ocznej u 6 osób, dr S. R. dwa razy zanotował, iż pacjenci spostrzegali „błyski“. *Przy podrażnieniu elektrycznym* wszyscy ci chorzy doznawali wrażenia światłości. Że w pierwszym razie, przy uciskaniu narzędziem, nie wszyscy mieli wrażenie światła, autor tłumaczy możebnością istnienia cząstkowego zaniku włókien nerwowych, lub silną retrakcją nerwu.

J. Talko.

156. Dr. ABADIE. **Leczenie oderwania siatkówki za pomocą galvano-punktury.** (*Gaz. hebdom. 9 dec. 1881*).

Ponieważ oderwanie siatkówki pow-

staje wskutek czysto miejscowych przyczyn, zwykle u krótkowidzów, których ogólny stan zdrowia jest dobry, przeto autor proponuje środek chirurgiczny, polegający na wywołaniu sztucznego przyrośnięcia siatkówki do błon pod nią leżących. W tym celu przebija białkówkę i naczyniówkę po za okolicą rzęskową gałki, za pomocą prostego platynowego nożyka galwanicznie rozpalonego; poczem wycieka z oka płyn podsiatkówkowy, a w ranie powstaje zlepane zapalenie uwieżonej siatkówki. Dr. A. próbował tego sposobu w 8 wypadkach: w 6 zastarzałych polepszenie było tylko czasowem, w 2-ch zaś, gdzie oderwanie było nieznaczne, rezultat okazał się zadawalniającym. Ani znacznej reakcyi, ani też złych następstw galwanopunktury gałki nie obserwowano.

J. Talko.

157. Dr. WOLFFE. **Tętniak oczodołu uleczonej podwiązaniem tętnicy szyjowej wspólnej.** (*The Lancet*, 3 dec. 1881).

W w. bież. dokonano 109 podobnych w tym celu operacyj. Autor podaje wypadek jaki się zdarzył u 22 letniej kobiety, u której wskutek urazu (*trauma*) utworzył się tętniak w lewym oczodole. Ponieważ zastosowane środki okazały się bezskutecznymi, Dr. W. wykonał podwiązanie tętnicy szyjowej odpowiedniej strony: w tej chwili pulsacyja w oczodole znikła zupełnie, wysadzona gałka stopniowo wchodziła do oczodołu, owrządzenie rogówki wyleczyło się, wzrok wrócił do stanu prawidłowego; jednakże za pomocą stetoskopu stwierdzić było można lekki szmer w okolicy brwi, który, jak podaje CORNER, w jednym wypadku istniał przez 12 lat, pomimo niewątpliwego uleczenia.

J. Talko.

158. Dr. PARINAUD. **Zaburzenia wzrokowe zmieniające zdolność rozpoznawania kolorowych sygnałów. Nowy sposób badania daltonizmu.** (*Annales d'Oculist. Nov.-Dec. 1881*).

Zaburzenia takie autor grupuje w 4-y oddziały: 1) *daltonizm wrodzony*, 2) *nabyty*

rzeczywisty, 3) *nabyty fałszywy* i 3) *dyschromatopsia relativa*. Słepota chromatyczna pierwszego rodzaju jest mniej straszną dla służby dróg żel. i marynarzy, niżli nabyta; przy pierwszej bowiem zwykle wzrok bywa dobry i od dzieciństwa ludzie tacy uczą się do pewnego stopnia rozróżniać barwy; daltonizm przeto wrodzony rozpoznaje się łatwiej niżli nabyty rzeczywisty. U ostatnich bowiem osobników odkrywamy jednocześnie centralną skotomę, ostrość wzroku zmniejszoną, pole widzenia zwężone, — co wszystko postępuje z czasem (*ambliopia toxica, cerebialis etc.*). Daltonizm nabyty fałszywy, spostrzegamy przy osłabieniu uczucia światła: dla tego też, osoba taka rozpoznaje np. sygnały tylko przy dostatecznym oświetleniu. Anestezya taka (*ambliopia*) bywa pochodzenia obwodowego lub nawet centralna. Tu się odnosi tak zw. *hemeralopia* na barwę błękitną. Nakoniec *dyschromatopsia relativa* zależy od nieprawidłowej refrakcyi lub zmian wewnątrz oka. Naprzód badajmy krótkowidza na małą odległość, jeśli krótkowzroczność nie wysoka, to czucie chromat. okaże się prawidłowem; skoro zaś badanie odbywać będziemy w odległości 5—6 metrów, uczucie chromat. okaże się zmniejszonym na wszystkie barwy, najczęściej jednak na zieloną i błękitną.

Wykazawszy niedostateczność znanych sposobów wykrywania daltonizmu, P. proponuje swój własny, za pomocą chromoptometru i fotometru, któremi się wykrywają wszystkie formy daltonizmu, a nawet najmniejsze stopnie zmniejszonego uczucia barwnego. Badanie to robi się dość szybko i może być powierzzone ludziom niefachowym w okulistyce, ma się rozumieć kontrola powinna należeć do lekarzy. Narzędziami temi determinujemy stopień chrom. uczucia i ostrość wzroku (w odległ. 5 metrów). Najlepiej badać przy słonecznym świetle, najgorzej — przy elektrycznych lampach SWANA i EDISONA.

J. Talko.

MISCELLANEA.

159. DUPLAY zachwala **przy czarnej kroście leczenie nalewką jodową**, przy czém podaje się ją do wewnątrz w roztynie zawierającym 2^o/₀₀ czystej *t-rae jodii*, jednocześnie zaś robi się iniekcje podskórne roztynu *t-rae jodii* (2^o/₀₀) w około krosty, iniekcij takich robi się za jedném posiedzeniem kilka, przy czém igła wkłtuwa się w tkanę łączną podskórną skośnie, w kierunku zbieżnym do środka krosty, (w jednym wypadku, który się zakończył pomyślnie, autor zrobił za jedném posiedzeniem 3 iniekcje zupełnie czystej nalewki jodowej, bez żadnej szkody dla chorego).

(Arch. gén. de Méd. 1882, Février.) W. H. K.

160. **Przechowywanie lodu**. Medyczny oddział ministerjum wojny w Berlinie wydał następujący przepis dla przechowywania lodu w lazaretach: do brzegów dość obszernego glinianego naczynia przymocowuje się kawałek flaneli łatwo przepuszczającą wodę (co można jeszcze ułatwić przez pobroszenie w nię małych dziureczek), kawałek flaneli musi być tak duży, aby mógł być lejkowato wcisnięty do naczynia, a tak utworzony lejek dosięgał do połowy tego ostatniego. Do tego lejka trzeba nałożyć miarko utłuczonego lodu i nakryć go flanelą. Doświadczenie wykazało, że w ten sposób lód najdłużej przechować można.

(All. Wien. med. Zeit. Nr. 6, 1882) W. H. K.

161. **Transplantacja skóry królika na człowieka**. LAMALLERÉE, mając do czynienia z wrzodem lewego biodra, mającym 14 ctm. długości i 8 ctm. szerokości, istniejącym już od lat sześciu, zdecydował się spróbować transplantacji; w tym celu wziął z ogolonęj skóry ściany brzusznej sześciomiesięcznego królika 6 kawałków i 2 kawałki z przedramienia człowieka i takowe przeniósł na wrzód. Opatrunek antyseptyczny. W 8 dni później, przy zmianie pierwszego opatrunku, okazało się, że kawałki przeniesione z człowieka odeszły, gdy tymczasem kawałki skóry królika ściśle przylegają i już się bliznowanie od nich rozprzestrzenia. Przy drugim opatrunku (w następnych dni 8) wytworzyła się pośrodku wrzodu blizna, mająca 10 ctm. długości a 7 ctm. szerokości. Trzeci opatrunek wystarczył do zupełnego zagojenia wrzodu.

(Paris méd. 19 Novembre, 1881.) W. H. K.

162. **Mianowanie**. Dnia 12 Lutego mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej na uniwersytecie w Wiedniu Dr. HANS-KUNDRAT, poprzednio profesor anatomii patologicznej w Graz.

163. **Nekrologija**. Dnia 26 Listopada r. z. zmarł w Żytomierzu Dr. Ludwik KOCH, wielce zasłużony lekarz praktyczny.

Sir Robert CHRISTISON, znakomity lekarz szkocki i profesor medycyny sądowej, zmarł 28 Stycznia r. b. w Edinburgu, w 84 roku życia.

Dr. Leon LANDE zmarł d. 18 Lutego r. b. w Wiedniu, mając lat 32. Obszerniejszy nekrolog podamy w następnym numerze.

164. **List otwarty do wychowawców b. Akademii Medycznej Warszawskij**. W dniu 1 Października r. b. dobiega 25 lat od chwili otwarcia b. Akademii Medycznej w Warszawie. Wielka doniosłość i znaczenie tego faktu dla nauki i dla kraju, jakim było założenie najwyższej szkoły lekarskiej w 1857 roku w Warszawie, nasunęły mi zamiar urządzenia uroczystego obchodu 25-cio-letniej rocznicy w dniu 1 Października przypadającej. W tym celu postanowiliśmy, między innemi, wydać *książkę pamiątkową*, zawierającą dzieje 5-cio-letniego samodzielnego istnienia b. Akademii, oraz treściwe wiadomości o losach jej wychowawców, a mianowicie tych wszystkich lekarzy żyjących i zmarłych, którzy w 1857 roku w poczet studentów téj Akademii się zapisali, bez względu na to gdzie następnie i kiedy studia learskie ostatecznie ukończyli.

Materyjał do skreślenia dziejów krótkiego istnienia téj instytucji już zgromadziłem tak, że pozostaje jedynie opracowanie go podług własnych spostrzeżeń, jakie podczas studyjów moich w b. Akademii poczyniłem. Zebranie jednak dokładnych wiadomości o 180 moich kolegach z ławy akademickiej, bez ich współudziału jest niemożliwem. Z tego powodu upraszam niniejszem wszystkich kolegów, którzy w 1857 r. w b. Akademii nauki rozpoczęli, aby łaskawie zechcieli mi nadesłać nietylko swoje własne życiorysy, lecz i tych zmarłych naszych kolegów, z którymi bliższe łączyły ich stosunki.

Pozostawiając każdemu zupełną swobodę w kreśleniu żądanych wiadomości, zastrzegam sobie jedynie upoważnienie do zastosowania ich treści do pamiątkowego znaczenia zamierzonego wydawnictwa, nietylko dla nas samych, lecz i dla ogółu czytelników przeznaczanego. Aczkolwiek jak największa liczba szczegółów, dotyczących losu naszych kolegów, jest wielce pożądaną, to jednakże takie dane jak data i miejsce urodzenia, ukończenia gimnazjum lub innego zakładu średniego i pozyskania dyplomu naukowego, jako też czas i miejsce praktyki lekarskiej lub urzędowania, wreszcie wiadomość o obecnym stanowisku i pracach drukiem ogłoszonych i t. p. nie mogą być w żadnym razie pominiętemi.

Jako ostateczny termin do nadesłania takowych wiadomości na moje ręce, d. 1 Czerwca r. b. oznaczam.

Spodziejając się, że ta moja prośba przez wszystkich moich kolegów pomyślnie i na czas oznaczony spełnioną zostanie, załączam życzenie, abymy w d. 1 Października r. b. tu w Warszawie mogli wzajemnie dopowiedzieć sobie to, czego książka pamiątkowa zawierać nie będzie. J. Rogowicz.

W Warszawie, Nowogrodzka Nr. 20.

— **Sprostowanie**. W numerze 4-ym Kroniki Lekarskiej na str. 145, w wierszu 21-ym od góry, zamiast: *skurczonym*, powinno być: *skurczowym*; na str. 147, w wierszu 17, zamiast: *grm*, powinno być: *granów*. Nadto, w tymże artykule, zamiast: *parcie ościenne*, powinno być wszędzie: *ciśnienie boczne*. Na str. 160 opuszczono w tytule nazwisko autora: NOTHNAGEL.



Dnia 7 Lutego 1882 roku zmarł w Meranie **Dr. Witold Placzkowski**, ordynator żeńskiego chirurgicznego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus. Ś. p. Witold urodził się we Włocławku w 1851 roku, w 1868 skończył II warszawskie gimnazjum, a wstąpiwszy w tymże roku na wydział lekarski tutejszej Szkoły Głównej, ukończył studia w roku 1873, w stopniu lekarza Uniwersytetu Warszawskiego.

Wytrwałość i żelazna praca — oto dwie wybitne cechy charakteru ś. p. Witolda. Pragnieniem Jego było poświęcić się chirurgii, lecz jako człowiek sumienny postanowił poprzednio odbyć gruntowne studia anatomiczne. To Go też skłoniło do przyjęcia, w 2 lata po skończeniu medycyny, proponowanej Mu posady prosektora przy katedrze anatomii opisowej. Na tém stanowisku przetrwał lat 4, a pracował usilnie, wytrwale, niezmiernie, przesiadywał całe dnie a czasem i noce w swym gabinecie anatomicznym; piszący te słowa był świadkiem jak ś. p. Witold przepędziwszy większą część nocy na preparowaniu, zasypiał na stole anatomicznym, aby wstawszy nazajutrz, znów pół dnia przebyć w powietrzu przesyconém miazmatami. Cztery lata tak mozolnej pracy zrobiły zeń dzielnego anatoma, dały mu możność wyrobienia sobie znakomitej techniki operacyjnej, nie mogły jednak pozostać bez wpływu na jego zdrowie; rzeczywiście ś. p. Witold słabł powoli, a przebyte w ostatnim roku pobytu w prosektoryjum zapalenie płucnej, jeszcze bardziej zdrowie jego pogorszyło. Nareszcie na larzyła się sposobność ziszczenia upragnionych marzeń. Ogłoszono konkurs na posadę ordynatora chirurgicznego żeńskiego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus i ś. p. Placzkowski, zbrojny w obszerne wiadomości anatomiczne, pomnożywszy je wiadomościami z chirurgii, teoretycznie zdobytymi nowym wysiłkiem, zwyciężył, a tym sposobem osiągnął upragnione pole do działania. To się dlań stało pobudką do nowej a nieustannej pracy, po całych wieczorach pracował teoretycznie a ranki spędzał na zastosowywaniu zdobytych wiadomości w praktyce; doprowadził też swój oddział do kwitującego stanu, a sumiennosc, z jaką spełniał swe obowiązki, serdeczne postępowanie z chorymi; mogłyby posłużyć wielu a wielu ordynatorom szpitalnym za wzór do naśladowania. W 1880 roku ś. p. Witold wyjechał na pół roku zagranicę, gdzie znów nowemi a licznemi wiadomościami wzbogacił swą wiedzę; powróciwszy do kraju zajął się zastosowywaniem ich w powierzonym Mu oddziale, a dla doprowadzenia go do należącego stanu, nie szczędził ani sił fizycznych, ani osobistych środków materyjalnych. Nieubłagana choroba przerwała pasmo tych trudów; zmuszony wyjechać zagranicę dla poratowania zdrowia, nie przestał marzyć o nowych pracach i ulepszeniach; w sam dzień wyjazdu widzieliśmy go utyskującego na musową bezczynność i wdychającego do jak najprędzszego powrotu na swe stanowisko — biedny! nie wiedział, że to marzenie tylko. W miesiąc potem przyszła wiadomość o Jego śmierci w Meranie.

Ś. p. Witold nie pozostawił żadnych prac ogłoszonych drukiem; czyżbyśmy mieli Mu to za winę poczytać? przeciwnie, jest to tylko dowód jego skromności i wysokiego pojęcia, jakie miał o doniosłości prac oryginalnych; słyszeliśmy Go mawiającego często, że napisać jakąś kompilacyją bez samodzielnych poglądów, opartych na własnem doświadczeniu, nie jest godnem prawdziwie naukowego człowieka. Pozostały jednak po ś. p. Witoldzie liczne notaty i rysunki (tak anatomiczne jak i chirurgiczne), które zapewne Jego Najbliżsi przejrzyć, uporządkować i może część ich przynajmniej drukiem ogłosić zechcą.

Tak więc straciliśmy człowieka zdolnego, wytrwałego, człowieka żelaznej pracy, a niepojętej skromności, dobrego obywatela kraju i poczciwego kolegę. I stracić Go właśnie w tej chwili, gdy z takim mozołem zdobyta wiedza dopiero plon swój wydawać zaczęła, jest to wielka krzywda dla społeczeństwa. Społeczeństwo straciło w Nim pożytecznego człowieka, ogół lekarzy godnego przedstawiciela, a piszący te słowa przyjaciela, z którego rad i wskazówek, nabytych długoletniem doświadczeniem, często korzystał, i dla którego zachowa niezmiennie w swém sercu uczucie wdzięczności, czci i poważania.

W. H. Krajewski.